

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais



**Literacia em Saúde: Um estudo sobre a população idosa portuguesa**

Daniel Elias Medina

Porto, 2019



Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais



**Literacia em Saúde: Um estudo sobre a população idosa portuguesa**

Daniel Elias Medina

Porto, 2019

## **Literacia em Saúde: Um estudo sobre a população idosa portuguesa**

Daniel Elias Medina

Assinatura: \_\_\_\_\_

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte integrante dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Professora Doutora Isabel Silva

## **Declaração de Integridade**

Declaro ter atuado com integridade na elaboração da presente tese. Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri à prática de plágio ou a qualquer forma de falsificação de resultados.

Mais, declaro que tomei conhecimento integral do Código de Conduta ética da Universidade Fernando Pessoa.

Universidade Fernando Pessoa, 31 de janeiro de 2019

Nome completo: Daniel Elias Medina

Assinatura:

---

## **Resumo**

A literacia em saúde é definida como a capacidade para aceder, comunicar, compreender, gerir, refletir e tomar decisões relativas à saúde. Estando ligada aos conceitos de empoderamento (empowering) e pensamento crítico. Tendo a mesma, um papel incontornável para obtenção de bons resultados e promoção da saúde dos indivíduos. O presente estudo está organizado em duas partes. A primeira, consiste num estudo de revisão da literatura, que tem como objetivo, conhecer o nível de literacia em saúde na população idosa portuguesa, levando em consideração algumas variáveis sociodemográficas e clínicas. Deste estudo, os resultados mostram que prevalece na população idosa portuguesa um nível insuficiente de literacia em saúde, o que sugere dificuldades e falhas, na compreensão das informações de saúde, tendo estes indivíduos algumas características comuns, como: idade avançada, baixa escolaridade, baixos níveis de estuto socioeconómico, indivíduos com diagnóstico de doença e idosos com menor perceção de qualidade de vida. A segunda parte se refere a um estudo empírico, que tem como objetivo geral, conhecer o nível de literacia em saúde na população idosa portuguesa, como o nível de literacia segundo os domínios da literacia em saúde funcional, comunicacional e crítica, tendo em consideração algumas características sociodemográficas dos participantes. Foi analisada uma amostra de conveniência composta por 90 idosos, que responderam a um questionário sociodemográfico e clínico, e as Escalas Breves de Literacia em Saúde (ELS). Os resultados indicam, que os idosos que participaram no estudo, possuem um nível mediano de literacia em saúde geral ( $M=3,01$ ;  $DP=0,60$ ) igualmente nos três domínios da literacia em saúde; literacia funcional ( $M= 2,97$ ;  $DP=0,62$ ), Literacia crítica ( $M=2,98$ ;  $DP=0,67$ ) e literacia comunicacional ( $M=3,05$ ;  $DP=0,64$ ), sendo esta última, que apresentam melhores resultados. Os resultados revelam também, que há associação entre algumas variáveis sociodemográficas e clínicas, como, a escolaridade, diagnóstico de doença e o grau de perceção de saúde com os níveis de literacia em saúde obtidos pelos idosos.

**Palavras-chave:** literacia, saúde, idosos, Portugal

## **Abstract**

Health literacy is defined as the ability to access, communicate, understand, manage, reflect, and make health decisions. Being linked to the concepts of empowerment and critical thinking. Having the same, an indispensable role for obtaining good results and promoting the health of individuals. The present study is organized in two parts. The first one consists of a review of the literature, whose objective is to know the level of health literacy in the Portuguese elderly population, taking into account some sociodemographic and clinical variables. From this study, the results show that an insufficient level of health literacy prevails in the Portuguese elderly population, which suggests difficulties and failures in the understanding of health information, and these individuals have some common characteristics, such as advanced age, low educational level, low levels of socioeconomic status, individuals diagnosed with disease, and the elderly with a lower quality of life perception. The second part refers to an empirical study, whose general objective is to know the level of health literacy in the Portuguese elderly population, as the level of literacy according to the domains of functional, communicational and critical health literacy, taking into account some sociodemographic characteristics of the participants. A convenience sample composed of 90 elderly people, who answered a sociodemographic and clinical questionnaire, and the Health Literacy Scale (ELS) were analyzed. The results indicate that the elderly who participated in the study had a median level of general health literacy ( $M = 3.01$ ;  $SD = 0.60$ ) in all three domains of health literacy; functional literacy ( $M = 2.97$ ,  $SD = 0.62$ ), critical literacy ( $M = 2.98$ ,  $SD = 0.67$ ) and communication literacy ( $M = 3.05$ ,  $SD = 0.64$ ). last, which present better results. The results also reveal that there is an association between some sociodemographic and clinical variables, such as schooling, diagnosis of disease and degree of health perception with the levels of health literacy obtained by the elderly.

**Key-words:** literacia, saúde, idosos, Portugal

“Ainda que conhecesse todos os mistérios e toda a ciência, e ainda que tivesse toda a fé,  
de maneira tal que transportasse os montes, se não tivesse amor, nada seria”.

(1 Coríntios 13:2)



## **Agradecimentos**

A presente dissertação não poderia ser concluída sem o indispensável apoio de várias pessoas.

Primeiramente, não poderia deixar de agradecer a Professora Doutora Isabel Silva, que como orientadora, guiou-me nesta jornada de caminhos difíceis. Sem o seu contributo, em orientar, chamar a atenção e, principalmente, motivar, essa jornada não seria possível.

À toda comunidade da Universidade Fernando Pessoa, que proporcionou, junto com seu *staff*, todos os meios para elaboração desta dissertação. Além de estimular a busca pelo conhecimento e paixão pela Psicologia.

Parte essencial deste percurso são os meus colegas do curso que me ajudaram a chegar até aqui, dando apoio e suporte emocional nos momentos vacilantes. Em especial, quero agradecer a minha colega e amiga Daniela Bastos, que foi companhia constante nestes meses de grande luta, onde, felizmente, pude encontrar um ombro amigo.

Desejo também agradecer todo o apoio que recebi das instituições em que realizei a recolha de dados. Foram parte essencial, abrindo-me as portas destes locais e dando suporte sempre que necessitei de algo por parte dos mesmos.

Há um grupo de pessoas que tenho como base para a minha vida. Estes são, o Sr. Vancesar, a Sr.<sup>a</sup> Jussara, a Dr.<sup>a</sup> Débora e o Dr. Bruno, minha família. Agradeço por serem o meu local de refúgio, paz e amor. Cada um desempenha um papel marcante em mim, portanto, isso que fiz, também é vosso.

Por último, e não menos importante, quero agradecer a minha fé. Fé que vai além do conceito religioso, mas que faz transbordar em mim esperança nos momentos difíceis e força para ultrapassar os obstáculos. Ela também é parte indispensável do meu Eu. Portanto, obrigado, Deus. “Deus quer, o homem sonha, a obra nasce” (Fernando Pessoa).

<b>Índice</b>	
<b>Declaração de Integridade .....</b>	<b>IV</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>V</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>VI</b>
<b>Agradecimentos.....</b>	<b>VIII</b>
<b>Índice.....</b>	<b>IX</b>
<b>Índice de tabelas.....</b>	<b>X</b>
<b>Índice de Figuras .....</b>	<b>XI</b>
<b>Lista de Siglas e Abreviaturas.....</b>	<b>XII</b>
<b>Índice de Anexos.....</b>	<b>XIII</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>A literacia em saúde: Revisão da literatura.....</b>	<b>4</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>4</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>4</b>
<b>Método .....</b>	<b>9</b>
<b>Procedimento de organização do material da revisão da literatura .....</b>	<b>11</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>13</b>
<b>Revisão sistemática .....</b>	<b>13</b>
<b>Literatura cinzenta.....</b>	<b>21</b>
<b>Discussão.....</b>	<b>34</b>
<b>Referências .....</b>	<b>37</b>
<b>A Literacia em saúde Funcional, comunicacional e crítica na população idosa portuguesa ...</b>	<b>42</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>42</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>42</b>
<b>Método .....</b>	<b>47</b>
<b>Material.....</b>	<b>48</b>
<b>Procedimento .....</b>	<b>50</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>51</b>
<b>Discussão.....</b>	<b>57</b>
<b>Referências .....</b>	<b>61</b>
<b>Conclusão.....</b>	<b>65</b>
<b>Referências .....</b>	<b>68</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>70</b>

## **Índice de tabelas**

### **Artigo 1- A literacia em Saúde: Revisão da Literatura**

- 1. Artigos presentes na Revisão Sistemática.....14**
- 2. Artigos presentes na Literatura Cinenta.....22**

### **Artigo 2 – Literacia em saúde na população idosa portuguesa**

- 1. Escolaridade dos participantes.....48**
- 2. Opções de resposta.....49**
- 3. Consistência das dimensões em estudo.....50**
- 4. Nível de Literacia em Saúde.....52**
- 5. Dimensões da Literacia em Saúde e itens exemplo com, respectivas, médias e desvio-padrão.....53**
- 6. Comparação das dimensões em estudo e o Sexo.....54**
- 7. Comparação das dimensões em estudo e a Idade.....54**
- 8. Comparação das dimensões em estudo e a escolaridade.....55**
- 9. Resultados entre participantes com graus de escolaridade diferentes (4ºano e >4ºano).....56**
- 10. Correlação das dimensões em estudo e o Número de Internamentos.....56**
- 11. Correlação das dimensões em estudo e o Grau de Percepção da Saúde em Geral.....57**

## **Índice de Figuras**

### **1. Artigo 1 – A literacia em saúde: Revisão da literatura**

Figura 1 – Fluxograma dos critérios de seleção dos artigos para a revisão sistemática

Figura 2 – Esquema de documentos selecionados para análise

### **2. Artigo 2 – Literacia em saúde na população idosa portuguesa**

Figura 1 – Histograma do nível de escolaridade

## **Lista de Siglas e Abreviaturas**

B-ON – Biblioteca do Conhecimento Online

ELS – Escalas Breves de Literacia em Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

HLS-EU – *European Health Literacy Survey*

IMC – Índice de Massa Corporal

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Packadge for Social Sciences*

WHO – World Health Organization

## **Índice de Anexos**

Anexo 1. Questionário sócio-demográfico

Anexo 2. Escalas Breves de Literacia em Saúde (ELS)

Anexo 3. Parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

Anexo 4. Protocolo de Investigação

## Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de saúde é definido como uma combinação de vários estados positivos, tais como, o bem-estar físico, psicológico, social, económico e espiritual e não somente como um estado de ausência de doença (OMS,1948). Com a evolução da sociedade e consequente desenvolvimento da ciência, surgem outros desafios mais complexos para solucionar, dado que envolvem outros meios para sua extinção; este é o caso das alterações das necessidades dos cuidados associados ao aumento da esperança média de vida, conjugado com o envelhecimento da população e consequente maior incidência de doenças crónicas (OMS 1998, Serrão 2014).

Desta evolução também surgem novas perspetivas sobre o sistema de saúde. Se há alguns anos se tinha uma visão chamada “paternalista”, onde o estado detinha a responsabilidade total, hoje contemplamos uma nova realidade, que pode ser clarificada com o conceito de *empowerment*, dado pela OMS, que tem como princípio, o poder dado ao sujeito para escolhas no que toca à sua saúde, à prevenção e manutenção da mesma, em parceria com os profissionais da área. Transferindo assim, responsabilidade para o cidadão que utiliza o sistema de saúde (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2015; Serrão, 2014; Von Korff, 2005; WHO, 1998, WHO, 2013).

A Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2015) reforça a ideia anterior, afirmando que cada vez mais, os cidadãos são reconhecidos como parceiros dos profissionais e sistemas de saúde. Indo de encontro ao “*collaborative management*” (modelo colaborativo), que ocorre quando os pacientes e os prestadores de cuidados têm objetivos partilhados, uma relação de trabalho sustentada, compreensão mútua de papéis, responsabilidades e habilidades necessárias para desempenhar os mesmos (Von Korff, et al. 1997).

Sendo assim, o grau de literacia em saúde a nível individual, exerce grande influência ao nível da saúde do sujeito, uma vez que contribui para o aumento do conhecimento e competência sobre a saúde, proporcionando um melhor estado de saúde e, entre outras coisas, uma utilização mais eficaz dos serviços de saúde. Ao nível da literacia em saúde contextual, esta exerce influência tanto ao nível da saúde coletiva como na gestão de gastos, contribuindo para uma redução dos custos de cuidados de saúde (Nutbeam,2000; OPP, 2015).

O conceito de literacia em saúde traduz-se na capacidade do sujeito em tomar decisões em saúde fundamentadas, no seu dia a dia, em casa, na comunidade, no local de trabalho, na utilização do sistema de saúde e no contexto político, possibilitando o aumento do controlo pessoal sobre a saúde, na capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades relacionadas com o estado de saúde do próprio indivíduo e também manter a qualidade de vida ao longo do período vital (Espanha, Ávila, & Mendes, 2015; WHO, 2013).

Ser “literado” em saúde dá ao sujeito ferramentas para compreender a informação repassada pelos profissionais de saúde relativamente a condições de saúde e opções de tratamento, tendo capacidade de tomada de decisão caso necessite (Mancuso, 2009).

Nas últimas décadas, o foco da investigação em Literacia em Saúde passou por procurar identificar os problemas associados a uma literacia em saúde inadequada, o papel que desempenha na capacidade de compreender informação relacionada com saúde e a sua relação com indicadores de saúde. Portanto, é importante clarificar este conceito de literacia em saúde distintamente para que seja possível investigar os fenómenos a ele associados (Speros, 2005).

Apenas nos anos 90, é que surgem algumas definições científicas mais abrangentes na literatura sobre literacia em saúde, que até aí não haviam (Mancuso, 2009; Speros, 2005). A definição mais consensual parece ser da Organização Mundial de Saúde (OMS), já exposta anteriormente, que oferece uma visão que abrange os elementos de responsabilização pessoal e motivação para ação, traduzindo este conceito como resultado da promoção da saúde e dos esforços da educação para a saúde (Nutbeam, 2000; Speros, 2005).

O que parece ser consensual nos estudos realizados, é o reconhecimento importância da análise deste tema, que é enunciado por vários estudos ditando sua importância para promoção da saúde e, inclusive, nas desigualdades ao acesso para a mesma, principalmente nos grupos de risco, dentre os quais os idosos (Kickbush, et al. 2005; Parker, 2000; Serrão, 2014; Veiga & Serrão, 2016).

Segundo a OPP (2016), algumas características, como o declínio das funções cognitivas e maior dificuldade na utilização de novas tecnologias, tornam a população idosa mais suscetível a ter um nível de literacia em saúde baixo, bem como, taxas mais elevadas de comorbilidade e doenças crónicas, menor mobilidade e acesso aos serviços de saúde, e taxas mais elevadas de utilização dos serviços de saúde.



Vários estudos em Portugal mostram que o nível de literacia em saúde é baixo na população em geral e que é ainda mais fraco na população idosa, um resultado que se mostra similar aos restantes países europeus, já que, à medida que a idade aumenta, o nível de literacia em saúde tende a diminuir, dando a este grupo o status de “grupo de risco” (Araújo, et al. 2018; Cunha, et al. 2014; Espanha, & Ávila, 2016; Pedro, et al. 2016; Saboga-Nunes, et al. 2014; Serrão, 2014; Veiga, & Serrão, 2016).

Face ao baixo nível de literacia em saúde na população idosa portuguesa, considerou-se importante o estudo da mesma, para conhecer algumas características deste grupo, com o intuito de fornecer informações pertinentes e orientadoras para futuras ações e intervenções no sentido da sua melhoria (Pedro, et al. 2016).

Assim, o presente estudo tem como objetivo geral descrever os níveis de literacia em saúde (literacia funcional, comunicacional e crítica), numa amostra da população idosa portuguesa, tendo em consideração as características sociodemográficas e clínicas dos participantes.

O estudo encontra-se estruturado em duas partes: a parte I refere-se a um artigo de revisão da literatura e a parte II refere-se ao artigo empírico. Em ambas as partes foi adotada a seguinte estrutura: resumo, *abstract*, introdução, método, resultados, discussão e referências.

A primeira parte relativa à revisão da literatura foi desenvolvida tendo por base dois diferentes tipos de revisão: a revisão sistemática e a revisão da literatura cinzenta, com o objetivo de conhecer o estado de arte relativo ao tema em análise. Após a introdução é apresentado no método tópicos relativos ao procedimento, aos critérios de inclusão, exclusão e ao procedimento de organização do material. De seguida, são expostos os resultados e a respetiva discussão e referências.

A segunda parte refere-se à contribuição empírica e inclui aspetos relativos à investigação realizada, nomeadamente, os objetivos da mesma, o método, fazendo alusão aos participantes, instrumentos utilizados e procedimento, os resultados obtidos e a discussão dos mesmos. Para a realização da investigação, os dados foram recolhidos através de um questionário sociodemográfico e clínico e das Escalas Breves de Literacia em Saúde (ELS) (Silva, Jóluskin & Carneiro, versão em estudo).

No final, é apresentada uma conclusão integradora do estudo e as referências consultadas na introdução e conclusão.

## **A literacia em saúde: Revisão da literatura**

### **Resumo**

A literacia em saúde é definida como a capacidade que o indivíduo possui para aceder, comunicar, compreender, gerir, refletir e tomar decisões relativas à saúde. O presente estudo tem como objetivo conhecer o nível de literacia em saúde na população idosa portuguesa, tendo em consideração as características sociodemográficas e clínicas da população em análise. Para alcançar este objetivo, recorreu-se a dois métodos de pesquisa. Primeiramente, a revisão sistemática da literatura, e, depois, a análise da literatura cinzenta. A revisão sistemática da literatura foi realizada na base de dados B-On, com as seguintes combinações para busca: *“Health Literacy” and “Portuguese People” and “Portugal” and “Older adults or elderly or seniors or geriatrics or aging or age related”*. Ao todo, obtiveram-se 24 artigos, foram retirados os duplicados e aplicados aos critérios de elegibilidade, sendo que o número ficou reduzido a um total de 6 artigos para análise final. Relativamente à literatura cinzenta, só foram considerados os textos pertinentes ao estudo e provenientes de organismos cujo mérito é reconhecido, tendo sido selecionados 5 artigos para análise. Os estudos mostram que, em geral, a população portuguesa possui um nível baixo de literacia em saúde. Dentre a população, há grupos que podem ser identificados como mais vulneráveis relativamente à Literacia em Saúde, como os indivíduos que possuem uma idade avançada, do sexo feminino, com baixos níveis de escolaridade, viúvos, desempregados, com menos rendimento, portadores de diagnóstico de doença e que percebem a sua qualidade de vida como sendo baixa. Urge aprofundar o conhecimento de forma a ser possível planear programas de promoção da Literacia em Saúde para idosos.

**Palavras-Chave:** Literacia, Saúde, Idosos, Portugal

### **Abstract**

Health literacy is defined as the individual's ability to access, communicate, understand, manage, reflect, and make decisions about health. The present study aims to know the level of health literacy in the Portuguese elderly population, taking into account the sociodemographic and clinical characteristics of the population under analysis. To achieve this goal, two research methods were used. First, the systematic review of the literature, and then the analysis of the gray literature. The systematic review of the literature was carried out in the database B-On, with the following combinations to search: "Health Literacy" and "Portuguese People" and "Portugal" and "Older adults or

elderly or geriatrics or aging or age related ". In all, 24 articles were obtained, the duplicates were withdrawn and applied to the eligibility criteria, and the number was reduced to a total of 6 articles for final analysis. Regarding the gray literature, only texts relevant to the study were considered and from reliable sources and recognized as such by scientific work, a total of 5 articles were selected for analysis. Studies show that, in general, the Portuguese population has a low level of health literacy. Among the population, there are groups that can be identified as being more vulnerable to Health Literacy, such as the elderly, female, low schooling, widowed, unemployed, with less income, illness and who think they have a poor quality of life. It is urgent to deepen the knowledge so that it is possible to plan programs to promote Literacy in Health for the elderly.

**Key-words:** literacy, health, adults, Portugal

Segundo o *The Center for Literacy* (2013), o conceito de literacia envolve um conjunto de habilidades para entender e usar o sistema de símbolos dominantes de uma cultura para o desenvolvimento individual e da sociedade, tanto em casa como no trabalho. Inclui também a leitura, escrita e compreensão crítica e as habilidades de tomada de decisão. Numa sociedade tecnológica, o conceito expande-se incluindo os media, o texto eletrónico, além do alfabeto e números (*The Center for Literacy*, 2013).

Numa definição mais breve, Benavente et al. (1996) trata a literacia como a capacidade do indivíduo para a leitura, escrita e cálculo, com base em diversos materiais escritos (textos, documentos, gráficos), de uso corrente na vida quotidiana (social, profissional e pessoal).

Esta definição de literacia vai além da mera compreensão e decodificação de textos, para incluir um conjunto de capacidades de processamento de informação que os indivíduos põem em prática na resolução de tarefas associadas com o trabalho, a vida pessoal e os contextos sociais, tornando-os sujeitos ativos na sociedade (Benavente, et al. 1996; UNESCO, 2005; WHO, 2013).

Segundo Benavente et al. (1996) a literacia adulta deve ser encarada numa perspetiva multidimensional, tendo três dimensões fundamentais – (i) a literacia em prosa, (ii) literacia documental e a (iii) literacia quantitativa. (i) A literacia em prosa, diz respeito ao processamento de texto corrido, como os jornais ou livros etc.; (ii) a literacia documental incide sobre a compreensão e uso de informação localizada em documentos,

como formulários e impressos; **(iii)** a última dimensão corresponde a literacia quantitativa, que traduz a utilização de valores numéricos e a realização de operações aritméticas com base em materiais escritos (Àvila, 2005; Benavente, et al. 1996).

Na sociedade da informação e do conhecimento, a literacia é tida como uma competência imprescindível, já que, sem a mesma, os indivíduos podem ter uma ação bastante limitada na resolução dos problemas, por não interpretarem corretamente as situações apresentadas (Àvila, 2005). Essas limitações estendem-se à vários níveis, dentre eles à saúde, por exemplo, no momento de agir e tomar decisões ligadas à sua saúde e doença, dentro da esfera da literacia em saúde (Nutbeam, 2000).

Neste mesmo sentido, o Committee on Health Literacy, ilustra a capacidade de ouvir e falar (literacia oral), a escrita e leitura (literacia impressa), a numeracia e o conhecimento cultural e conceitual, como componentes essenciais da literacia em saúde (Nielsen-Bohlman, et al. 2004).

A literacia em saúde é vista como a capacidade individual para obter, processar e entender as informações e serviços básicos de saúde, para tomar decisões acertadas relativamente a mesma (Berkman, et al. 2011). Representa assim, uma quantidade considerável de habilidades que são necessárias para funcionar de forma eficiente na esfera dos cuidados de saúde e agir de acordo com a informação deste meio (Espanha & Àvila, 2016). Essas habilidades incluem a capacidade para interpretar documentos, ler e escrever (*print literacy*); usar informações numéricas (*numeracy*), saber comunicar com os outros e ouvir de forma eficaz (*oral literacy*). Sendo aplicadas para tomar decisões ao nível dos cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde (Berkman, et al. 2011; Espanha & Àvila, 2016; Gomes, et al. 2002; Pilgrim, 2013; Sorensen, et al. 2012).

Sendo assim, a literacia deve ser vista como algo ativo, dinâmico e que dá capacitação (*empowering*) aos sujeitos, sendo uma qualidade importante para poder fazer face à sociedade moderna e às escolhas que são possíveis e que influenciam diretamente a saúde e o bem-estar do sujeito (Kickbusch, et al. 2005). Essa visão aproxima-se da definição da WHO, que faz alusão das habilidades cognitivas e sociais que determinam não só o plano individual, como, também, a motivação e a capacidade para aceder, entender e usar a informação de modo a que esta promova e mantenha o bem-estar (WHO, 1998).

A OMS (2009) identifica três conceitos a este tema: **(1)** literacia em saúde funcional; **(2)** literacia conceptual; **(3)** literacia em saúde como capacitação. A **(1)** literacia funcional abrange as habilidades que permitem ao sujeito ler as informações sobre saúde, entender a escrita e fala dos profissionais de saúde e agir de acordo com estas informações, como por exemplo, a toma de medicamentos. A **(2)** literacia conceptual, engloba uma variedade mais abrangente de habilidades que são desenvolvidas ao longo da vida, com objetivo de procurar, compreender, avaliar e usar as informações e conceitos sobre saúde para tomar decisões conscientes, reduzindo os riscos inerente as mesmas para, no fim, ampliar a sua qualidade de vida. Por fim, a **(3)** literacia em saúde como capacitação, consiste na visão dos indivíduos como tendo uma atitude pró-ativa em relação a adoção de comportamentos para a gestão, prevenção da doença e promoção da saúde.

A conceptualização da literacia em saúde pode ser exemplificada na combinação de quatro competências: **(1)** aceder, **(2)** compreender, **(3)** avaliar e **(4)** aplicar a informação relacionada com a saúde. **(1)** aceder refere-se à capacidade de procurar, encontrar e obter informação, **(2)** compreender, corresponde à capacidade de entender a informação, **(3)** avaliar, descreve a capacidade de interpretar e filtrar a informação, e **(4)** aplicar refere-se à capacidade de comunicar e usar a informação para prevenir a doença e promover a saúde (Espanha & Àvila, 2016 ;Kickbusch, et al. 2005).

As habilidades até aqui referidas vão de encontro aos conceitos propostos por grandes instituições, que têm como objetivo desenvolver no sujeito capacidade autónoma de agir em prol da sua saúde, numa perspetiva de empoderamento. A World Health Organization, adaptou três níveis de literacia em saúde que foram propostos por Nutbeam (2000): **(1)** básica/funcional, **(2)** comunicativa/interativa e **(3)** crítica. A **(1)** literacia funcional implica habilidades básicas da literacia, como a escrita, leitura e cálculo que permitem ao sujeito integrar-se no contexto de saúde. Num nível mais complexo, a **(2)** literacia comunicativa, requer capacidades cognitivas, sociais e da literacia que podem ser usadas nas atividades do dia-a-dia, na recolha de informações e significados, de diferentes formas de comunicação, no sentido de aplicá-las nos cuidados de saúde. Por último, a **(3)** literacia crítica, requer, como na literacia comunicativa, competências cognitivas e sociais para realizar uma apreciação crítica da informação e usá-la para exercer um controlo maior sobre as circunstâncias e situações do dia-a-dia.

Através dos resultados dos estudos realizados nesta temática evidenciam-se um conjunto de características associadas à uma baixa literacia em saúde. As evidências mostram uma prevalência dos baixos níveis de Literacia em Saúde na população idosa (Baker, 2007, MacLeod, 2017; Paiva, et al. 2017; Weiss, 2007), em indivíduos com baixa escolaridade (Cavaco & Silva, 2012; Chesser, 2016; WHO, 2009), portadores de doença crónica (Baker, 2000; WHO, 2005; WHO, 2013), com fraca adesão aos tratamentos, mas com taxas mais elevadas de hospitalizações e utilização dos serviços de urgência (Berkman, 2011; MacLeod, 2017; Sudore, 2006; WHO, 2013), com pior estado de saúde e menor qualidade de vida (Espanha & Ávila, 2016; Kutner, et al. 2006; Nielsen-Bohlman, 2004; WHO, 2013), e menor capacidade para serem ativos para tomar decisões de saúde adequadas (Kobayashi, et al. 2016; Paiva, et al. 2017). Relativamente aos custos de saúde, estes são maiores nesta população (Hauser, et al. 2005; Loureiro, 2015) e evidencia-se, também, uma maior mortalidade entre os mesmo quando são idosos (Baker, 2007). No que se refere ao sexo os estudos não são conclusivos, já que, em alguns casos os homens possuem uma maior média e, noutros, as mulheres (Baker, 2000; Paiva, et al. 2017). É importante referenciar que há uma associação entre a LS e os migrantes, como minoria, possuindo estes, níveis mais baixos de Literacia em Saúde (Roberts, et al. 2015; Weiss, 2007).

Em contrapartida, níveis adequados de Literacia em Saúde sugerem melhores condições de bem-estar e saúde (Saraiva & Luz, 2017), melhor utilização dos serviço e participação ativa na saúde (Speros, 2005), diminuindo os comportamentos de risco para a saúde (Paiva, et al. 2017; Weiss, 2007), reduzindo os gastos e desigualdades no acesso a saúde (Kickbusch, 2005; Roberts, et al. 2015), promovendo vantagens ao nível pessoal e coletivo, suscitando resiliência nas sociedades (Nutbeam, 2000; WHO, 2013).

Logo, é notória a importância de promover a literacia em saúde nas sociedades, já que as consequências são benéficas para todos; numa sociedade “saudável” os cidadãos têm capacidade para escolher, sendo um membro ativo no contexto de saúde e trabalham de forma harmoniosa com os profissionais desta área, havendo uma comunicação clara para que se atinjam os objetivos. Para que isto aconteça é necessário políticas e projetos neste sentido, para que se promova a literacia em saúde, transformando a comunidade num local mais saudável (Kickbusch, 2005; Quaqlio, et al. 2017; WHO, 2013).

Essas políticas são importantes porque os resultados de alguns estudos, nacionais e internacionais, mostram que o nível de literacia em saúde é baixo na população idosa.

Sendo que, em alguns casos, a percentagem de uma baixa literacia nesta população em Portugal pode chegar aos 65% a 81%, como mostra o maior estudo europeu sobre a temática, European Health Literacy Survey (HLS-EU) (Espanha, et al. 2015).

A população idosa necessita um maior cuidado em relação a essas políticas, havendo necessidade de se promover ferramentas adequadas aos mesmo, para que tenham oportunidade de desenvolver o seu conhecimento neste enquadramento, o que irá resultar num melhor estado de saúde nesta população; é urgente o emprego de novas estratégias no sentido de colmatar essas diferenças, dado que em Portugal os idosos têm menos saúde do que a média dos países europeus (Guzys, et al 2015; WHO, 2013).

A atual revisão da literatura tem como objetivo geral caracterizar o nível de literacia em saúde na população idosa portuguesa. No que toca, aos objetivos específicos, estes passam por: (1) perceber se há diferenças significativas em literacia em saúde entre o sexo masculino e feminino; (2) verificar se há correlação entre idade e literacia em saúde; (3) analisar as diferenças entre idosos com níveis distintos de escolaridade quanto à literacia em saúde; (4) verificar se existem diferenças em indivíduos com e sem diagnóstico de doença quanto à literacia em saúde e (5) perceber se há associação entre a perceção do estado de saúde, qualidade de vida e literacia em saúde em idosos.

## **Método**

### **Procedimento**

Com objetivo de perceber o que já se sabe em torno da literacia em saúde em Portugal com os estudos prévios, recorreu-se a dois métodos de revisão da literatura: a revisão sistemática e a revisão da literatura cinzenta.

Revisão da literatura é o processo de busca, análise e descrição de um corpo do conhecimento em busca de resposta a uma pergunta específica. “Literatura” cobre todo o material relevante que é escrito sobre um tema: livros, artigos de periódicos, artigos de jornais, registos históricos, relatórios governamentais, teses e dissertações e outros tipos (UNESP, 2015).

A revisão sistemática requer uma pergunta clara, a definição de uma estratégia de busca, o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos artigos e, acima de tudo, uma análise criteriosa da qualidade da literatura selecionada. Inclui também, identificar conceitos importantes, comparar análises estatísticas e o quê conclui; Boas revisões

sistemáticas são importantes porque ajudam a sintetizar a evidência disponível, podendo auxiliar os profissionais na sua pesquisa (Sampaio & Mancini, 2007).

Já a literatura cinzenta, diz respeito a publicações não convencionais (indústrias, empresas) e não comerciais (instituições governamentais e não governamentais), difíceis de encontrar em canais tradicionais de distribuição, com controle bibliográfico ineficaz, sendo frequentemente não incluídas em bibliografias e catálogos. São produzidas em número limitado de cópias, possuem normas variáveis de produção e edição. Contudo, apresentam informação e conhecimento altamente atualizados e mais detalhados (Botelho & Oliveira, 2017).

### **Critérios de inclusão e exclusão**

Neste estudo foram utilizados critérios de inclusão e exclusão para análise, tanto para revisão sistemática quanto para literatura cinzenta.

- **Revisão sistemática**

Para serem incluídos os artigos devem respeitar: (1) a inclusão da faixa etária em estudo, com indivíduos com idades  $\geq 65$  anos, os termos utilizados para busca “*health literacy*” no “ti título”, com “*Portuguese people*”, “Portugal” e “*older adults or elderly or seniors or geriatrics or aging or age related*”, sem campo específico; (2) provenientes de revistas académicas; (3) com acesso integral; (4) publicados entre 2012 a 2018 e (5) escritos em português, inglês e/ou espanhol.

Foram excluídos: (1) artigos em que a amostra não é composta por idosos ( $\geq 65$  anos) e (2) os artigos que não façam referência ao tema em Portugal.

Foi utilizado a Biblioteca do Conhecimento Online (B-ON), para recolha de artigos. A busca foi feita com os seguintes descritores específicos: “*health literacy*” (ti título) and “*Portuguese people*” and “Portugal” and “*older adults or elderly or seniors or geriatrics or aging or age related*”.

Ao fim, 6 artigos foram escolhidos para análise final.

- **Literatura Cinzenta**

Os documentos foram todos provenientes do motor de pesquisa da Google, com uma procura feita de forma aleatória, sempre dentro da temática proposta, com fonte em



organismos/organizações cuja credibilidade é aceite por vários organismos, como a Fundação Calouste Gulbenkian, e Ministério da Saúde do Governo Português.

Para que a documentação fosse admitida, estes passaram por critérios semelhante aos aplicados na revisão sistemática.

Os critérios aplicados aos documentos são: **(1)** avaliar e descrever a literacia em saúde numa amostra que contemple a população idosa; **(2)** feitos sobre a alçada de organizações/instituições oficiais na área da saúde; **(3)** que sejam publicados entre 2012 a 2018 e **(4)** escritos em português, inglês e/ou espanhol.

Ao todo, foram seleccionados 5 documentos para análise.

### **Procedimento de organização do material da revisão da literatura**

- **Revisão sistemática**

Foi utilizado a Biblioteca do Conhecimento Online (B-On), para recolha de artigos. A busca foi feita com os seguintes descritores específicos: “*health literacy*” (ti título) and “*Portuguese people*” and “*Portugal*” and “*older adults or elderly or seniors or geriatrics or aging or age related*”.

Ao fim, 6 artigos foram escolhidos para análise final.

- **Literatura Cinzenta**

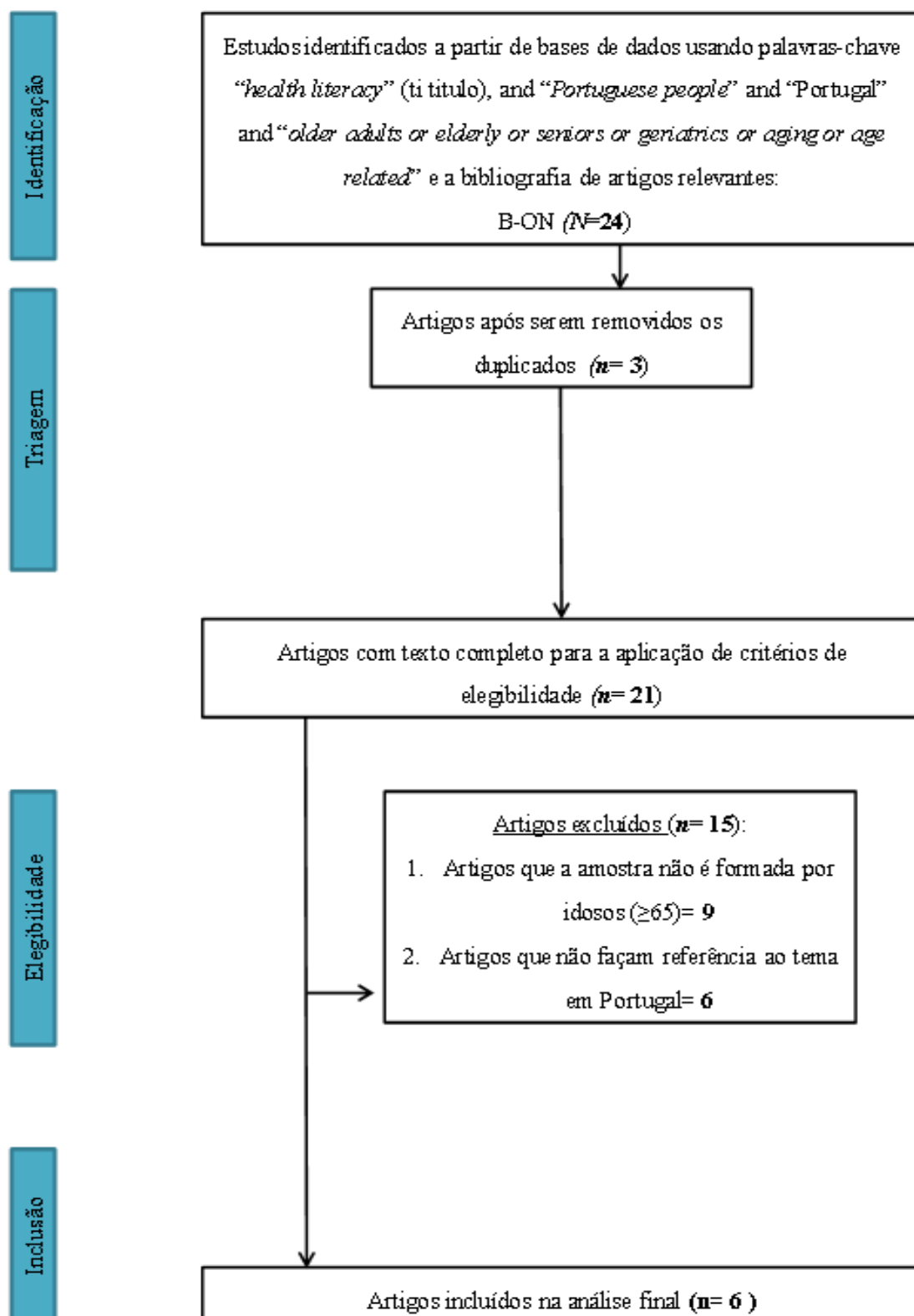
Foi utilizado o motor de busca *GOOGLE* para recolha de textos para compor a literatura cinzenta, segundo os critérios citados anteriormente.

Ao todo, foram seleccionados 5 documentos para análise.

No sentido de uma melhor organização, a figura 2 apresenta o fluxograma, que clarifica o procedimento realizados para admissão dos documentos para análise final, referente a revisão sistemática da literatura.



**Figura 1.** Esquema de documentos seleccionados para análise final



**Figura 2.** Fluxograma dos critérios de seleção dos artigos para revisão sistemática

## **Resultados**

### **Revisão sistemática**

O quadro 1, apresenta todos os estudos que fazem parte e foram analisados na revisão sistemática. Todos são de origem portuguesa, de cariz observacional (descritivos e analíticos) transversal, publicados entre 2014 a 2018. O objetivo de todos passa por avaliar a literacia em saúde no território português. Os participantes das amostras estudadas apresentam idades compreendidas entre os 16 aos 97 anos, num total que varia entre 401 a 2104 participantes (Araújo, et al. 2018; Espanha, & Ávila, 2016). Podem identificar-se dois instrumentos utilizados, para avaliar a literacia em saúde: o European Health Literacy Survey (HLS-EU), num total de 4 estudos, e o Newest Vital Sign (NVS), com emprego em 2 estudos.

**Tabela 1.** Artigos presentes na Revisão sistemática

<b>Título, autor e Ano</b>	<b>Desenho da investigação e objetivo do estudo</b>	<b>Amostra</b>	<b>Tipo de Literacia avaliada</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Resultados</b>
“ <i>Health literacy of a sample of portuguese people</i> ”.	Observacional -Descritivo -Analítico  Avaliar as qualidades psicométricas do Newest Vital Sign (NVS) aplicado aos idosos.  Avaliar o grau de literacia em saúde. Conhecer a associação entre o grau de literacia em saúde e as características sociodemográficas, estado geral de saúde e qualidade de vida. .	Participantes: 433  Idades: 65 aos 97 anos.  Localidade: Distrito do Porto	Literacia Funcional	<i>Newest Vital Sign</i>  <i>World Health Organization Quality of life</i>	80% dos idosos apresentam um nível baixo de literacia em saúde, sem capacidade de interpretar e usar a informação relacionada com a saúde de forma eficaz.  O sexo, a idade, escolaridade, estado civil, a perceção sobre o estado de saúde e de qualidade de vida, mostraram-se estar relacionadas com o nível de literacia em saúde dos participantes.

Título, autor e Ano	Desenho da investigação e objetivo do estudo	Amostra	Tipo de Literacia avaliada	Instrumentos	Resultados
<p>“<i>Health Literacy Survey in Portugal: contribution for the knowledge on health and communications</i>”.</p> <p>Espanha, &amp; Ávila (2016). Portugal.</p>	<p>Observacional</p> <p>-Descritivo</p> <p>-Analítico</p> <p>Dar a conhecer o nível de literacia na sociedade portuguesa e compará-lo com outros países da EU.</p>	<p>Participantes: 2104</p> <p>Idade: maiores de 15 anos, inclusive. Sem referência a idade máxima.</p>	<p>Literacia em saúde geral</p>	<p><i>European health Literacy Survey</i></p>	<p>A literacia em saúde em Portugal é similar ao restante dos países da EU.</p> <p>22,6% da amostra são idosos, tendo os menores níveis de literacia em saúde.</p> <p>A única esfera em que Portugal (48.9%) está ligeiramente acima da média (51.1%) é na promoção da saúde</p> <p>As fontes de informações são um importante meio para melhorar a literacia em saúde.</p>
<p>“Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do <i>European Health</i></p>	<p>Observacional</p> <p>-Descritivo</p> <p>-Analítico – transversal</p> <p>Traduzir e validar para a população portuguesa o <i>European Literacy Survey</i> (HLS-EU).</p>	<p>Participantes: 1004</p> <p>Idade: ≥16 anos. Sem referência a idade máxima.</p> <p>Localidade: Portugal</p>	<p>Literacia em saúde em geral</p>	<p><i>European Health Literacy Survey</i></p>	<p>61% da população apresenta um nível de literacia em saúde problemático ou inadequado, situando-se a média dos 9 países em 49,2%.</p> <p><b>Cuidados de Saúde:</b> Apenas 44,2% apresenta um nível</p>

<i>Literacy Survey</i> em Portugal”.	Avaliar o nível de literacia em saúde em Portugal e comparar com outros países da EU.	continental e regiões autónomas.				suficiente ou excelente e literacia em saúde. <b>Prevenção da Doença:</b> 45% dos inquiridos revela ter um nível suficiente ou excelente de literacia em saúde. <b>Promoção da Saúde:</b> 60,2% apresenta um nível de literacia em saúde problemático ou inadequado.
Pedro, Amaral, & Escoval (2016). Portugal.						
Título, autor e Ano	Desenho da investigação e objetivo do estudo	Amostra	Tipo de Literacia avaliada	Instrumentos	Resultados	
“ <i>Implications of literacy for health for body mass index</i> ”.	Observacional -Descritivo -Analítico	Participantes: 508 Idade: dos 18 aos 93 anos.	Literacia em saúde geral	Questionário Europeu de Literacia em Saúde.	73,62% dos participantes apresentam um nível de literacia em saúde inadequado e problemático, sendo estes os que apresentam um maior índice de massa corporal.	
Cunha, et al. (2014). Portugal.				BMI	Estes sugerem uma relação significativa entre literacia em saúde e índice de massa corporal.	

“Literacia em saúde de utentes com hipertensão e diabetes de uma região do norte de Portugal”.	Observacional -Descritivo- Exploratório - Transversal - Analítico	Participantes: 401 Idades: dos 22 aos 92 anos. Média de idade: 62 anos	Literacia em saúde geral em utentes com hipertensão e diabetes	<i>European Health Literacy Survey</i> (HLS-EU-PT).	83.3% apresentam um nível “inadequado” ou “problemático” de literacia em saúde A população idosa apresenta os piores resultados nos três domínios: cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde.
Araújo, et al. (2018). Portugal.					
<b>Título, autor e Ano</b>	<b>Desenho da investigação e objetivo do estudo</b>	<b>Amostra</b>	<b>Tipo de Literacia avaliada</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Resultados</b>
“Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas”.	Observacional -Descritivo - Transversal -Analítico - Transversal Avaliar o grau de literacia em saúde em pessoas idosas.	Participantes: 433 Idades: Entre os 65 aos 97 anos.	Literacia Funcional	<i>Newest Vital Sign</i>	80% dos idosos evidenciam um nível de literacia em saúde baixo, o que significa que apenas 20% dos inquiridos serão capazes de interpretar e usar a informação escrita relacionada com a saúde de forma eficaz. As variáveis sociodemográficas como o sexo, idade, estado civil e as habilitações literárias apresentam uma grande influência nos resultados obtidos.
Serrão, et al. (2015). Portugal.	Conhecer a associação entre o grau de literacia em saúde e algumas características sociodemográficas.				

### A literacia em saúde em níveis gerais na população portuguesa

A primeira inferência que podemos fazer, relativamente ao nível em que se encontra a população, é que os portugueses, em geral, apresentam um nível baixo de literacia em saúde (Araújo, et al. 2019; Cunha, et al. 2014; Pedro, et al. 2016; Serrão, et al. 2015; Veiga, & Serrão, 2016).

Quando olhamos para a população idosa, este é o grupo que possui um nível mais baixo de literacia em saúde, sendo que até 80% dos participantes dos estudos apresentam dificuldades em literacia em saúde (Serrão, et al. 2015; Veiga, & Serrão, 2016).

Os resultados encontrados no estudo por Espanha, e Ávila (2016), que teve como objetivo comparar os resultados com o restante da Europa, mostra que o nível geral de literacia em saúde em Portugal se situa dentro da média dos restantes países europeus. Contudo, o estudo de Pedro, et al. (2016), que também faz comparação com a média europeia, dita que os resultados em Portugal, o colocam a baixo da média, que é de 49,2% na União Europeia e de 61% na população portuguesa. Segundo o estudo de Pedro, et al. (2016), os resultados de Portugal revelam que neste existe um nível de Literacia em Saúde mais baixo do que na Europa ao nível dos cuidados de saúde, prevenção da doença e da promoção da saúde. Quando comparada a percentagem ao nível dos cuidados de saúde, Portugal com apenas 44,2 %, classificados como “suficiente” ou “excelente”, sendo o país com piores resultados obtidos entre os demais. No domínio da prevenção da doença, Portugal situa-se novamente a baixo da média, com 45% da amostra num nível “suficiente” ou “excelente”, sendo a média de 54,5% nos restantes países. Por último, no domínio da promoção da saúde, 60,2% apresenta um nível de literacia em saúde “problemático” ou “inadequado”, sendo que nos restantes países os mesmos são de 52,1% (Pedro, et al. 2016).

Os estudos que avaliam a literacia funcional, que é conhecida também como nível “básico”, revelam que a população idosa portuguesa apresenta um nível baixo neste domínio, com percentagens a chegar aos 80% de dificuldade, o que significa que apenas 20% dos idosos inquiridos são capazes de interpretar e usar a informação escrita relacionada com o contexto de saúde de forma eficaz; esse baixo nível está interligado com as capacidades cognitivas, relativas a escrita, cálculo, leitura e a eficácia das inferências feitas pelos sujeitos em relação às informações disponíveis (Serrão, et al. 2015; Veiga, & Serrão, 2016).



O estudo de Serrão, et al. (2015) sugere que algumas variáveis sociodemográficas, como o sexo, idade, escolaridade, estado civil e a percepção sobre o estado de saúde e de qualidade de vida, estão relacionadas com a literacia em saúde nos participantes do estudo; o que é corroborado pela análise de outros estudos, que referem, por exemplo, que quanto maior for a idade do sujeito menor é o seu nível de Literacia em Saúde (Veiga & Serrão, 2016).

### Variáveis sociodemográficas e clínicas

#### 1. Sexo

A investigação mostra que o nível de literacia em saúde é maior no sexo masculino e que são as mulheres que tendem a ter um nível mais baixo de literacia em saúde (Araújo, et al. 2018; Cunha, et al. 2014; Veiga & Serrão, 2016).

#### 2. Idade

A idade é um fator predominante no que diz respeito a literacia em saúde, ao que os estudos indicam, quanto maior é a idade dos indivíduos menor é o nível de literacia em saúde. Ou seja, há uma correlação negativa entre a idade e a literacia em saúde (Espanha & Ávila, 2016; Pedro, et al. 2016).

#### 3. Escolaridade

Segundo os estudos analisados o nível de escolaridade é mais baixo na população idosa (Araújo, et al.2018; Serrão, et al.2015; Veiga, & Serrão, 2016).

No mesmo sentido da variável anterior, Cunha, et al. (2014), indicam que a escolaridade desempenha um papel fulcral no nível de literacia dos indivíduos. Os estudos ditam que quanto maior for o nível de escolaridade, maior é o nível de literacia em saúde, demonstrando que indivíduos com a escolaridade mínima tendem a estar mais cientes no contexto de saúde. Por outro lado, aqueles que possuem o 1º ciclo, têm piores resultados, que pode ser verificado num baixo nível de literacia em saúde dos mesmos (Araújo, et al. 2018; Cunha, et al. 2014; Espanha & Ávila, 2016; Pedro, et al. 2016; Serrão, et al. 2015; Veiga & Serrão, 2016).

#### 4. Doença

A população idosa é o grupo que revela uma maior número de pessoas com diagnóstico de doença (Veiga, & Serrão, 2016) neste sentido, os estudos revelam que os indivíduos portadores de doença, em geral, comparado com os que não a possuem, apresentam níveis inferiores de literacia em saúde. O estudo de Araújo, et al. (2018) mostra que os indivíduos com diagnóstico de hipertensão e diabetes obtiveram piores

resultados em literacia em saúde (Araújo, et al. 2018; Serrão, et al. 2015; Veiga & Serrão, 2016).

#### 5. Perceção do estado de saúde e qualidade de vida

Os estudos evidenciam uma correlação entre a perceção do estado de saúde, qualidade de vida e a literacia em saúde. Essa correlação mostra-se positiva, sendo que indivíduos com melhor perceção de saúde e qualidade de vida (a nível físico, psicológico e social), apresentam melhores resultados em literacia em saúde (Espanha & Ávila, 2016; Serrão, et al. 2015; Veiga & Serrão, 2016). A perceção da qualidade de vida é menor na população idosa e isso pode ser explicado pela atenção que os idosos dão a doença e pela falta de hábitos saudáveis (Serrão, 2014).

#### 6. Emprego

A investigação revela que o nível de literacia em saúde é menor em indivíduos em situação de desemprego ou aposentados do que em indivíduos empregados. Contudo, esses estudos não mencionam uma explicação para tais resultados (Espanha & Ávila, 2016; Pedro, et al. 2016).

#### 7. Nível Sociodemográfico

O estudo de Cunha, et al. (2014), foi o único que integrou a variável “status social” em seu estudo. Os participantes do estudo foram divididos em 5 grupos, segundo o seu nível socioeconómico, a maioria encontrava-se no nível 3 ou médio. Os resultados do estudo indicam que os indivíduos que possuem um melhor nível socioeconómico, passam a ter melhores resultados, em relação aos que possuem um status social mais baixo, no domínio da literacia em saúde. Assim, segundo o estudo, o nível socioeconómico influencia de forma determinante o nível de literacia em saúde dos indivíduos (Cunha, et al. 2014). O estudo não faz referência dos níveis socioeconómicos que os idosos possuem.

#### 8. Índice de massa corporal

O estudo anterior, Cunha, et al. (2014), também sugere que há correlação entre a literacia em saúde e o índice de massa corporal. A análise do resultado mostra que quanto maior for o nível de literacia em saúde, menor e mais adequado será o nível de massa corporal. O mesmo estudo também refere que os piores resultados no IMC estão associados aos participantes idosos, com o 1º ciclo de escolaridade e com menor status social (Cunha, et al. 2014).

#### 9. Estado civil

Serrão, et al. 2015, afirma que o estado civil desempenha um papel determinante na literacia em saúde na população idosa viúva. Segundo estes autores o nível de literacia

em saúde em indivíduos casados é maior do que o nível obtido por indivíduos viúvos, mesmo quando controlada a idade.

#### 10. Novas tecnologias

O estudo refere que os idosos não possuem acesso as novas tecnologias ou não sabem usá-las de forma a integrar essas ferramentas para promover a sua saúde. Sendo que, a literatura mostra que os indivíduos que têm hábitos de leitura e contacto com as novas tecnologias possuem um nível mais elevado em literacia em saúde (Espanha, & Àvila, 2016).

#### **Literatura cinzenta**

O quadro 2 apresenta todos os documentos resultantes da pesquisa feita na ferramenta de busca do GOOGLE. Ao todo 6 documentos são apresentados que avaliam e descrevem a literacia em saúde, são todos de origem portuguesa, publicados entre 2014 a 2017, de natureza quantitativa e um de natureza qualitativa, conduzido por Serrão, et al. (2014). O tamanho da amostra varia entre 26 (Serrão, 2014) a 7380 participantes (Saboga-Nunes, et al. 2014), com maiores de 18 aos 97 anos de idade. Os instrumentos mais utilizados são: o Newest Vital Sign (NVS), e o European Health Literacy Survey (HLS-EU).

**Tabela 2.** Documentos utilizados na literatura cinenta

<b>Título, Autor, Ano.</b>	<b>Tipo de documento</b>	<b>Desenho da investigação e objetivo do estudo</b>	<b>Descrição da amostra</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Resultados</b>
<p>“Grau de literacia em saúde de uma amostra de pessoas idosas”</p> <p>Serrão (2014). Portugal.</p> <p>Fundação Calouste Gulbenkian.</p>	<p>Manual: “Manual de boas práticas” com o tema “Literacia em saúde: um desafio na e para a terceira idade”.</p>	<p>Observacional</p> <p>-Descritivo</p> <p>-Analítico</p> <p>Avaliar o grau de literacia em saúde de uma amostra de pessoas idosas.</p>	<p>Participantes: 433</p> <p>Idades: 65 aos 97 anos, que se encontrem a frequentar Centros de Dia, de Convívio, Universidades Sénior.</p>	<p><i>Newest Vital Sign</i></p> <p><i>World Health Organization Quality of Life</i></p>	<p>As percentagens de resposta certas ao NSV são relativamente baixas, variando entre os 18% e os 31%.</p> <p>Em média os participantes acertaram uma resposta em seis.</p> <p>Apenas 7% respondeu corretamente a todas as questões.</p> <p>58% não conseguiu responder ou optou por não o fazer.</p> <p>Verificou-se que os níveis de literacia são relativamente baixos na população idosa.</p> <p><b>Níveis de literacia em saúde e sexo:</b> Os idosos do sexo masculino obteve melhores resultados do que os idosos do sexo feminino.</p> <p><b>Níveis de literacia em saúde e idade:</b> Verificou-se uma associação negativa</p>

					<p>quanto maior a idade menor o nível de literacia.</p> <p><b>Níveis de literacia em saúde e escolaridade:</b> Idosos com uma escolaridade ao nível do 1º, 2º e 3º ciclo de ensino básico apresentam resultados mais baixos do que os idosos com frequência do ensino secundário e superior. Verifica-se não existir diferenças entre idosos com ensino secundário e idosos com escolaridade ao nível do ensino superior.</p> <p><b>Níveis de literacia em saúde e estado civil:</b> Os idosos casados apresentam valores médios de literacia em saúde mais elevado do que os viúvos.</p> <p><b>Presença de doença:</b> Os participantes que referem sofrer de doença apresentaram médias mais baixas do que os participantes que não referem doença. Mesmo quando controlada a idade.</p>
--	--	--	--	--	--

					<p><b>Literacia em saúde e qualidade de vida:</b></p> <p>Há uma associação positiva e fraca, indicando que quanto maior for a percepção de qualidade de vida, mais elevada é a literacia em saúde.</p>
<b>Título, Autor, Ano.</b>	<b>Tipo de documento</b>	<b>Desenho da investigação e objetivo do estudo</b>	<b>Descrição da amostra</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Resultados</b>
<p>“Literacia em Saúde em Portugal”</p> <p>Espanha, Ávila, Mendes. (2015). Portugal.</p>	<p>Relatório Síntese</p> <p>Fundação Calouste Gulbenkian</p>	<p>Observacional</p> <p>-Descritivo</p> <p>-Analítico</p> <p>Conhecer os níveis de literacia em saúde em Portugal, identificar as limitações, problemas e entraves neste campo na sociedade portuguesa e orientar ações no</p>	<p>Participantes: 2104</p> <p>Idades: 15 anos, sem referência a idade máxima.</p> <p>Região: Portugal Continental.</p>	<p><i>European Health Literacy Survey</i></p> <p>Inquérito de Literacia em saúde em Portugal (ILS-PT).</p>	<p><b>Dados sobre a amostra:</b> Mais mulheres que homens (52,8%). Faixa etária de 35 – 45 anos (34,5%) pouco escolarizada (62%). A maioria são inativos (55,8%), com um rendimento mensal até 1000 euros (61,5%). Apenas, 3,8% dos participantes têm uma percepção do estado de saúde excelente e outros 7,5% consideram-na má.</p> <p><b>Literacia em geral:</b> 40% dos sujeitos não tem praticas regulares de leitura. As práticas de escrita e cálculo não revelam ter expressão no dia a dia dos inquiridos.</p>

		<p>sentido da sua melhoria.</p> <p>Comparar o nível de literacia em saúde em Portugal com os países da EU.</p>		<p><b>Utilização de tecnologias de comunicação e informação:</b> 39% nunca usou o correio eletrónico. Mais de 50% nunca usou folhas de cálculo ou participou numa conversa em tempo real e 30% nunca usou computador.</p> <p><b>Comparação de Portugal com os países participantes no estudo HLS-EU:</b> os valores médios nos níveis de literacia em saúde são sempre ligeiramente mais baixos em Portugal. A maior diferença regista-se ao nível do índice relativo aos cuidados de saúde, sendo a média europeia 34,7% e Portugal com 33,4%.</p> <p><b>Índice geral de literacia em saúde:</b> Considerando a percentagem de inquiridos nos níveis “excelente” e “suficiente”, Portugal situa-se ligeiramente abaixo da média dos países participantes.</p> <p><b>Literacia em saúde relacionada com os cuidados de saúde:</b> Portugal apresenta</p>
--	--	--	--	--

					<p>valores mais baixos comparativamente aos restantes países participantes, ou seja, 45,4% dos inquiridos revelam uma literacia limitada.</p> <p>10,1% e 35,3% concentram-se nos níveis de literacia “inadequado” ou “problemático”.</p> <p><b>Literacia em saúde relacionada com a prevenção das doenças:</b> 45,5% dos inquiridos apresenta níveis de literacia que indicam limitações no âmbito das competências necessárias para a prevenção da doença.</p> <p><b>Literacia em saúde relacionada com a promoção de saúde:</b> Neste domínio, Portugal apresenta-se acima dos valores médios dos países participantes no HLS-EU. 48,9% dos participantes apresenta níveis mais elevados de literacia; Excelente (9,8%) e suficiente (39,1%) e os restantes (51,1%) apresenta níveis baixos</p>
--	--	--	--	--	---



					<p>de literacia em saúde; (34,5%) “problemático” e (16,5%) “inadequado”.</p> <p><b>Relação entre idade e os níveis de literacia em saúde (índice geral):</b> É na população mais idosa que se regista uma proporção mais elevada dos níveis baixos de literacia em saúde (65,5%), como, em todos os países participantes.</p> <p><b>Relação entre escolaridade e os níveis de literacia em saúde (índice geral):</b> Em Portugal mais de 60% dos inquiridos com escolaridade baixa tem níveis de literacia em saúde “problemáticos” ou “inadequados”. Quanto maior a escolaridade, melhores os níveis de literacia em saúde.</p> <p>33,4% dos inquiridos com ensino superior revelam valores baixos ao nível da literacia em saúde.</p>
--	--	--	--	--	---

<b>Título, Autor, Ano.</b>	<b>Tipo de documento</b>	<b>Desenho da investigação e objetivo do estudo</b>	<b>Descrição da amostra</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Resultados</b>
“Avaliação da literacia em direitos dos utentes” (ERS) (2017). Portugal.	Relatório “Literacia em saúde dos utentes de cuidados de saúde”	Observacional -Descritivo -Analítico  Avaliar o nível de literacia dos cidadãos sobre os seus direitos enquanto utentes dos serviços de saúde.	Participantes: 1911 Idade: $\geq 18$ anos a +73 anos de idade. Região: Portugal Continental	Inquérito por questionário – “Literacia em direitos dos utentes de cuidados de saúde”.	20% da amostra é composta por idosos, grupo que revelou os resultados mais baixos em literacia em saúde.  94,7% dos utentes revelaram ter um nível limitado em literacia em saúde, posicionando-se nas categorias “inadequado” (61,5%) e “problemático” (33,2%). O presente estudo permitiu à Entidade Reguladora da Saúde constatar que o nível de literacia dos utentes é maioritariamente inadequado em relação aos seus direitos.  Os temas onde o grau de desconhecimento é maior estão relacionados com o direito ao consentimento informado, o direito de cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) e o

					Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO).
<b>Título, Autor, Ano.</b>	<b>Tipo de documento</b>	<b>Desenho da investigação e objetivo do estudo</b>	<b>Descrição da amostra</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Resultados</b>
“Conceções, representações e práticas profissionais e institucionais no âmbito da literacia em saúde”.  Serrão (2014). Portugal.	Manual: “Manual de boas práticas” com o título “Literacia em Saúde: Um desafio na e para a Terceira Idade”.  Fundação Calouste Gulbenkian	Estudo Qualitativo  Perceber as conceções, representações e práticas profissionais e institucionais no âmbito da literacia em saúde, junto de profissionais das áreas da saúde e de intervenção psicossocial.	Participantes: 26 profissionais das áreas da saúde e de intervenção psicossocial	Técnica de Grupo Focais	<b>Subtema: Características da literacia em saúde na população idosa:</b> As categorias emergentes foram: rigidez de hábitos/falta de hábitos saudáveis, dependência, desenvolvimento e passividade geracional, interesse, predominância da doença, atitude de defesa e preocupação, baixo nível de competências funcionais, dificuldades de compreensão de conceitos científicos, incompreensão da doença no outro e acesso limitado à informação.  <b>Subtema: Fontes de informação privilegiadas e constrangimentos à promoção da literacia em saúde na população idosa:</b> Fontes privilegiadas de

					<p>informação elegidas pelos idosos: farmacêuticos, enfermeiro, médico de família, vizinhança e psicólogo.</p> <p>Como constrangimentos que podem estar associados ao acesso e compreensão da informação referiram: comunicação assimétrica utente-profissional, dificuldades em perceber quais os informantes mais indicados, infoexclusão, dificuldades na compreensão de terminologia associada à saúde e dificuldade em filtrar a informação.</p>
<b>Título, Autor, Ano.</b>	<b>Tipo de documento</b>	<b>Desenho da investigação e objetivo do estudo</b>	<b>Descrição da amostra</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Resultados</b>
“Hermenêutica da literacia em saúde e a sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT)	VII Congresso Português de Sociologia	<p>Observacional</p> <p>-Descritivo</p> <p>-Analítico</p> <p>Discutir e consensualizar a</p>	<p>Participantes: 7380 de oito países europeus e 750 inquiridos em Portugal.</p>	<p><i>European Health Literacy Survey</i> – (HLS-EU)</p>	<p>53% dos participantes apresentam uma literacia em saúde limitada (“inadequada” (16%) e “problemática” (38%).</p> <p>A população portuguesa apresenta um dos piores resultados na literacia funcional.</p>

Saboga-Nunes, Sorensen, & Pelikan. (2014). Portugal.		validação cultural do instrumento de avaliação da Literacia em Saúde, HLS-EU-PT.	Idade: $\geq 15$ anos sem mencionar a idade máxima dos participantes.		29,6% dos inquiridos apresentam literacia em saúde funcional “fortemente inadequada” (para os outros países este valor situa-se nos 21,2%). No entanto 42,9% dos inquiridos apresenta possibilidade de literacia em saúde “limitada” (comparados com os 23,5% dos outros países europeus) e 27,5% dos inquiridos portugueses apresentam literacia em saúde funcional adequada (para 55,3% nos outros oito países). É na população idosa que se verifica os piores resultados apresentados de literacia em saúde.
--	--	--	---	--	--



## Nível geral de literacia em saúde na população idosa portuguesa

Os estudos referem que os níveis de literacia em saúde em Portugal estão um pouco abaixo dos níveis europeus, com 29% dos participantes com literacia em saúde inadequada e a possibilidade da mesma ser limitada em 42.9% (Saboga-Nunes, et al. 2015). Os resultados também indicam que a população idosa (+65 anos= 65,5%; +75 anos= 81,7%) é, juntamente com os indivíduos com pouca escolaridade (Básico=65,3%), dos grupos com resultados mais altos de níveis “inadequado” ou “problemático” em literacia em saúde (Espanha, et al. 2015). Outros resultados indicam também que a população idosa possui um baixo nível de literacia em saúde ao nível dos cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde; Por fim, os contextos sociais e culturais exercem influência na literacia em saúde (Espanha, et al. 2015; Saboga-Nunes, et al. 2014; Serrão, 2014).

## Variáveis Sociodemográficas e Clínicas

### 1. Sexo

Segundo o estudo de Serrão (2014), o nível de literacia em saúde é maior na população masculina. Nos outros estudos, a diferença entre os níveis de literacia entre o sexo masculino e feminino não se mostraram significativos (ERS, 2017), ou não foram apreciados no documento analisado.

### 2. Idade

Os estudos indicam que há uma associação negativa entre o nível de literacia em saúde e a idade, mostrando que, quanto maior for a idade do sujeito, menor, é o nível de literacia em saúde do mesmo (Serrão, 2014). Segundo Espanha et al. (2015), é na população idosa que há mais prevalência de níveis baixos de literacia em saúde.

Serrão (2014) enumera algumas características da população idosa, caracterizando-a como sendo um grupo onde há falta de hábitos saudáveis (24%), desconhecimento (22%), interesse (17%), predominância da doença (9%), atitude de defesa e preocupação (9%), baixo nível de competências funcionais (9%), dificuldade de compreensão de conceitos científicos (6%), incompreensão da doença no outro e em si próprios (2%) e acesso limitado à informação (2%).

No que toca as fontes de informação recorridas pelos idosos, estas passam, segundos os profissionais, pelo farmacêutico, enfermeiro, médico de família, vizinhança, psicólogo e outros meios da comunicação social (Serrão, 2014).

Referente ao acesso e compreensão da informação e o que a prejudica, os seguintes constrangimentos são referidos: a comunicação assimétrica utente-profissional (48%), dificuldades em perceber os informantes mais adequados (18%), infoexclusão (17%), dificuldades na compreensão de terminologia associada à saúde (13%) e dificuldade em filtrar a informação (4%) (Serrão, 2014).

### 3. Escolaridade

O nível de escolaridade influencia o nível de literacia em saúde. Vários estudos revelam que os níveis de literacia são mais baixos quanto menor for o grau de escolaridade dos sujeitos, sendo que é na população idosa que se verifica os menores níveis de escolaridade (ERS, 2017; Espanha, et al. 2015; Serrão, 2014). Um dado interessante a se expor é o do estudo conduzido por Espanha, et al. (2015), que referem que os indivíduos com ensino superior obtiveram valores considerados baixos, sendo 5,6% como “inadequado” e 27,8% como nível “problemático”. É importante referir que os indivíduos com maior contato com novas tecnologias e hábito de leitura, obtiveram melhores níveis em literacia em saúde. São os idosos aqueles que possuem uma menor aptidão para integrar as novas tecnologias para promover a sua saúde (Espanha, et al. 2015).

### 4. Doença

É na população idosa que se verifica um maior número de doenças, sendo que, a literatura analisada mostra que indivíduos com diagnóstico de doença apresentam piores resultados em termos de literacia em saúde (Serrão, 2014).

### 5. Emprego

Os participantes que desempenham alguma atividade profissional obtiveram melhores resultados comparado com aqueles que estão em situação de desemprego ou aposentados (ERS, 2017).

### 6. Perceção da qualidade de vida

Conforme o estudo de Serrão (2014) realizado com a população idosa, há uma associação positiva e fraca entre a percepção da qualidade de vida e a literacia em saúde. O que, nos diz que, quanto mais elevada é a percepção de qualidade de vida dos sujeitos, melhores são os resultados em literacia em saúde.



## Discussão

A presente discussão dos resultados visa elaborar um conjunto de reflexões sobre os conteúdos que estão presentes no estudo, desde o método utilizado até aos resultados que são apresentados.

Para que fosse possível elaborar o estudo foi necessário recorrer a duas formas de revisão, a revisão sistemática e a literatura cinzenta, para ser possível estabelecer uma visão alargada deste conceito em Portugal. Essa escolha justifica-se já que, a revisão sistemática é um importante meio de recolha de informação, porque ajuda a sintetizar a evidência que está disponível em determinado contexto, insertos em artigos científicos (Sampaio & Mancini, 2007). Já a literatura cinzenta, é de grande relevância porque apresenta a informação e conhecimento produzido por outras fontes, de forma altamente atualizada e detalhada, posto que, o tema em questão está em voga nas políticas referente a saúde, inclusive tendo espaço nas políticas do governo português com o Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados (Botelho & Oliveira, 2017; Diário da República, 2016); ao recorrer a essa técnica foi possível encontrar documentos importantes, que não seriam possíveis aceder pela revisão sistemática, produzidos, por exemplo, pela Entidade Reguladora da Saúde e pela Fundação Calouste Gulbenkian (ERS, 2017; Espanha, et al. 2015).

Em ambos os meios de recolha de informação, expostos anteriormente, foram adotados critérios de inclusão e exclusão, por exemplo, os mesmos passam por (1) documentos provenientes de fontes reconhecidas cientificamente e que (2) estudam o tema em Portugal. Os critérios ajudaram a delimitar o número de documentos a serem analisados no estudo, o que não seria possível sem esses critérios, posto que, sem os mesmos, documentos provenientes de outros países e estudando outras variáveis seriam apresentados.

Os estudos selecionados apresentam uma variedade de conceitos em relação a literacia em saúde, sendo notória a mudança da conceptualização do mesmo em questão do estudo e da sua finalidade. Da mesma forma, os estudos utilizam diferentes instrumentos, apresentados na tabela 1 e 2, para avaliar a literacia em saúde, desde o questionário sobre “Literacia em direitos dos utentes de cuidados de saúde” (ERS,2017), o *Newest Vital Sign*, que visa a literacia “básica/funcional” (Serrão, 2015; Veiga & Serrão, 2016) e o *European Health Literacy Survey* (HLS-EU), que avalia a literacia funcional, comunicacional e crítica, com análise dos domínios de cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde (Araújo, et al. 2018; Espanha & Ávila, 2016; Pedro, et al. 2016; Saboga-Nunes, et al. 2014).

No que concerne a análise dos estudos, com os mesmos tendo finalidades distintas, utilizando diferentes instrumentos e diferentes terminologias, resulta num difícil objetivo a ser alcançado. Os estudos analisados referem algumas limitações como, por exemplo, pelo número reduzido da amostra, serem apenas regionais e assim não terem a capacidade para inferir seus resultados à toda população idosa portuguesa.

Outra limitação importante verificada nos estudos, é que alguns apresentam dados para a amostra global e não para os idosos, sem referir também a idade máxima dos participantes, mesmo incluindo esta faixa-etária nos seus estudos. Essa característica dificulta a análise dos dados referente aos idosos e não deixa claro, na maioria dos casos, o nível de literacia da população idosa portuguesa.

Contudo, além dessas limitações, é possível inferir, assente nos mesmos, associações entre os níveis de literacia em saúde em Portugal e algumas características sociodemográficas.

Os estudos mostram que em Portugal a literacia em saúde é baixa e inferior aos níveis médios encontrados noutros dos países europeus, Sendo que, a população idosa é o grupo mais afetado por baixos níveis de literacia em saúde (Espanha, et al. 2015; Pedro, et al. 2016; Saboga-Nunes, et al. 2014).

O estudo de Araújo, et al. (2018), refere que mais de 80% da amostra possui um nível problemático ou inadequado em literacia em saúde. Essa percentagem mantém-se alta nos domínios da promoção da saúde (79,6%), prevenção da doença (79%) e cuidados de saúde (75%) (Araújo, et al. 2018).

O que pode ser concluído, a partir dos estudos, é que os níveis de literacia em saúde “inadequado” e/ou “problemático” são mais prováveis de serem associados aos idosos, tendo esta população os piores resultados em literacia em saúde (Cunha, et al. 2014; Espanha & Ávila, 2015; Espanha, et al. 2016; Pedro, et al. 2016; Serrão, 2014). O estudo conduzido por Veiga e Serrão (2016) apresenta um dado preocupante 80% da amostra, dentro desta faixa-etária, apresenta um nível baixo de literacia em saúde, com apenas 20% dos mesmos tendo capacidade de interpretar e usar a informação no âmbito da saúde de forma eficaz.

Outras características que também estão associadas a diferentes níveis de literacia em saúde são: o sexo, sendo que o sexo masculino obteve melhores resultados nos estudos (Araújo, et al. 2018; Cunha, et al. 2014; Serrão, 2016), os níveis de baixa escolaridade, que como a idade, é um grande preditor de baixos níveis de literacia em saúde (Araújo, et al. 2018; Cunha, et al. 2014; ERS, 2017; Espanha, et al. 2015; Espanha & Ávila, 2016; Pedro, et al. 2016; Serrão,

2014; Veiga & Serrão, 2016), a presença de doença (Araújo, et al. 2018; Serrão, 2014; Serrão, et al. 2015; Veiga & Serrão, 2016), o emprego (ERS,2017; Espanha & Ávila, 2016; Pedro, et al. 2016), a percepção da qualidade de vida (Espanha & Ávila, 2016; Serrão, 2014; Serrão, et al. 2015; Veiga & Serrão, 2016), o status social (Cunha, et al 2014), o estado civil (Serrão, et al. 2015) e a leitura e o contacto com novas tecnologias (Espanha, et al.2015; Espanha & Ávila, 2016). Os estudos associam estas características com baixos níveis de literacia em saúde, de acordo, com outros estudos apresentados anteriormente (Baker, 2000; Baker, 2007; Kobayashi, et al. 2014).

É importante referir que no estudo conduzido por Cunha, et al. (2014), há uma associação entre o índice de massa corporal e a literacia em saúde. O mesmo refere que o IMC é maior na população idosa, pessoas com 1º ciclo e baixo status social; estes apresentam um baixo nível de literacia em saúde em comparação com outras características sociodemográficas (Cunha, et al. 2014).

A população idosa está no centro do estudo de Veiga e Serrão (2016), que revela que os indivíduos casados beneficiam de uma melhor troca de informação sobre saúde e doença, cuidado mútuo e tomadas de decisões ponderadas. Da mesma forma, a presença de doença é recorrente nesta faixa-etária como também a comorbilidade, e essa atua ao nível da literacia, sendo mais baixo o nível da mesma em quem possui alguma doença (Serrão, 2014; Veiga & Serrão, 2016). No mesmo seguimento, essa população mais idosa e com doença, deveria beneficiar-se dos serviços de saúde, que têm como objetivo promover a literacia na população. Contudo isso não é refletido nos resultados, já que os mesmos são baixos e refletem a pouca capacidade desta população para atingir níveis adequados em literacia em saúde, até mesmo, no que toca os seus conhecimentos sobre os direitos que possuem; sendo que isso é agravado pela falta de conhecimento dos próprios profissionais de saúde sobre os mesmos direitos (ERS, 2017; Veiga & Serrão, 2016).

Sendo projetada a imagem da população idosa portuguesa em relação a literacia em saúde, fica evidente a importância do estudo desta problemática em modo de investigação científica e intervenção, para que se possa clarificar ainda mais este campo de atuação. Campo este, que é reconhecido como incontornável para reduzir desigualdades no acesso a saúde (Nutbeam,2000; Hauser, et al. 2005; WHO,2013), tendo como exemplo, Kickbusch (2001), refere que as desigualdades nos resultados em literacia em saúde devem ser reduzidas, ao contrário, toda a sociedade será afetada pelas consequências.

## Referências

- Araújo, B. De, Alberto, R., Jesus, F., Maria, I., & Teixeira, M. D. L. (2018). Literacia em saúde de utentes com hipertensão e diabetes de uma região do norte de Portugal, 73–82. doi:10.12707/RIV18008.
- Ávila, P. (2005). *A literacia nos adultos: Competências chave na sociedade do conhecimento*. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Huang, J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine*, 167(14), 1503-1509. doi: 10.1001/archinte.167.14.1503.
- Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Sudano, J., & Patterson, M. (2000). The association between age and health literacy among elderly persons. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55, 368–374. 10.1093/geronb/55.6.S368.
- Benavente, A., Rosa, A., Costa, F., & Ávila, P. (1996). A literacia em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/275968170\\_A\\_Literacia\\_em\\_Portugal\\_resultados\\_de\\_uma\\_pesquisa\\_extensiva\\_e\\_monografica](https://www.researchgate.net/publication/275968170_A_Literacia_em_Portugal_resultados_de_uma_pesquisa_extensiva_e_monografica).
- Berkman D, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*. ;155:97–107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.
- Botelho, R., & Santos, C. (2017). Literatura branca e cinzenta: Uma revisão conceitual. *Revista Ciência da Informação Brasília*, 44, 501-513. doi: 10.18225/ci.inf..v44i3.1804.
- Broeiro, P. (2017). Literacia em saúde e utilização dos serviços. *Revista Portuguesa de Medicina Familiar e Geral*, 33, 6-8.
- Cavaco, & Santos, A. L. (2012). Avaliação da legibilidade de folhetos informativos e literacia em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 46(5), 918-922. doi:10.1590/S0034-89102012000500019.
- Chesser, A., Woods, N., Smothers, K., Rogers, N. (2016). Health literacy and older adults: A systematic review. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 2, 1-13. doi: 10.1177/2333721416630492.

- Cunha, M., Gaspar, R., Fonseca, S., Almeida, D., Silva, M., & Nunes, L. (2014). Implications of literacy for health for body mass index. *Atención Primaria*, 46, 180–186. doi:10.1016/S0212-6567(14)70088-5.
- Espanha, R., & Ávila, P. (2016). Health Literacy Survey Portugal: A contribution for the knowledge on health and communications. *Procedia - Procedia Computer Science*, 100, 1033–1041. doi:10.1016/j.procs.2016.09.277.
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. (2015). *Literacia em saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Entidade Reguladora da Saúde (2017). *Literacia em direito dos utentes de cuidados de saúde*. Retirado de: [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/1982/ERS\\_-\\_Questionario\\_literacia.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1982/ERS_-_Questionario_literacia.pdf).
- Gillis, D., & Quigley, A. (2004). Taking off the blindfold: Seeing how literacy affects health. Canada: StFX.
- Gomes, C., Ávila, P., Sebastião, J., Costa, A. (2002). Novas análises dos níveis de literacia em Portugal: comparações diacrónicas e internacionais. In IV Congresso português de Sociologia (pp.1-12). Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia.
- Guzys, D., Kenny, A., Dickson-swift, V., & Threlkeld, G. (2015). A critical review of population health literacy assessment, 1–7. doi:10.1186/s12889-015-1551-6
- Hauser, R. M., Edley, C. F., Koenig, J. A., & Elliott, W. (2005). *Measuring literacy performance levels for adults*. Washington, DC: The National Academies Press. doi:10.17226/11267.
- Kickbusch, I. (2001). Health literacy: Addressing the health and. *Health Promotion International*, 16, 289–297. doi:10.3912/OJIN.Vol14No03Man02.
- Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. (2005). *Navigating health: The role of health literacy*. London: Alliance for Health and the Future. Internacional Longevity Centre-UK.
- Kobayashi, L. C., Wardle, J., Wolf, M. S., & Wagner, C. Von. (2016). New directions in aging and functional health literacy: A systematic review and meta-analysis, 71(3), 445–457. doi:10.1093/geronb/gbu161.
- Korff, M. Von, Gruman, J., Schaefer, J., & Curry, S. J. (1997). Collaborative Management of Chronic Illness Collaborative Management, 8–17. doi:10.7326/0003-4819-127-12-199712150-00008.

- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., and Paulsen, C. (2006). *The health literacy of america's adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics. Disponível em: <https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf>.
- Loureiro, I. (2015). A literacia em saúde, as políticas e a participação do cidadão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33, 1. doi: 10.1016/j.rpsp.2015.05.001.
- Macleod, S., Musich, S., Gulyas, S., Cheng, Y., Tkatch, R., Cempellin, D., & Yeh, C. S. (2017). The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization, and expenditures among older adults, 38, 334–341. Doi:10.1016/j.gerinurse.2016.12.003.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & David, A. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Institute of Medicine. Washington, DC: The National Academies Press. doi:10.17226/10883.
- Nutbeam, D. (2006). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion Internacional*, 15, 259–268. doi: 10.1093/heapro/15.3.259.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015). *Literacia em saúde*. Lisboa: OPP
- Paiva, D., Silva, S., Severo, M., Ferreira, P., Lunet, N., & Azevedo, A. (2017). Prevalência de Literacia em saúde inadequada em Portugal medida com o *Newest Vital*, 30, 861–869. doi:10.20344/amp.9135.
- Pilgrim, J., Haas, L., & Szabo, S. (2015). Defining literacy in the 21st century: A guide to terminology and skills. *Texas Journal of Literacy Education*, 1, 60-69.
- Quaglio, G., Sørensen, K., Rübig, P., Bertinato, L., Brand, H., Karapiperis, T., Dario, C. (2017). Accelerating the health literacy agenda in Europe, 32, 1074–1080. doi:10.1093/heapro/daw028.
- Rita, A., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal, 4, 259–275. doi: 10.1016/j.rpsp.2016.07.002.
- Roberts, J. (2015). Improving health literacy to reduce health inequalities. *Public Health England*, 1-16. Retirado de

[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/460709/4a\\_Health\\_Literacy-Full.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/460709/4a_Health_Literacy-Full.pdf).

- Veiga, S., & Serrão, C. (2017). Health literacy of a sample of portuguese elderly. *Applied research in health and social sciences: Interface and Interaction*, 13, 14-26. doi: 10.1515/arhss-2016-0003.
- Saboga-Nunes, L., Sorensen, K., & Pelikan, M. (2014). Hermenêutica da literacia em saúde e a sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT). In VII Congresso português de Sociologia (Ed.), 40 anos de democracia(s): progressos, contradições e prospetivas (pp.2-15). Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia.
- Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11, 83-89. doi: 10.1590/S1413-35552007000100013.
- Serrão, C. (2014a). Grau de literacia em saúde de uma amostra de pessoas portuguesas. In C. Serrão (Ed.), *Manual de boas práticas* (pp.21-32). Porto: Projeto Literacia em Saúde.
- Serrão, C. (2014b). Conceções, representações e práticas profissionais e institucionais no âmbito da literacia em saúde. In C. Serrão (Ed.), *Manual de boas práticas* (pp.33-55). Porto: Projeto Literacia em Saúde.
- Serrão, C., Veiga, S., & Vieira, I. (2015). Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2, 33-38. doi:10.19131/jpmhn.0006.
- Sorensen, K., Broucke, S. Van Den, Fullam, J., Doyle, G., & Pelikan, J. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. doi:10.1186/1471-2458-12-80.
- Smith, B. E. N. J., Tang, K. C. H. O., & Nutbeam, D. (2006). *WHO health promotion glossary: New terms*, 1–6. doi:10.1093/heapro/dal033.
- Speros, C. (2005). Health literacy: Concepts analisys. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 633-640. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03448.x.

Sudore, R. L., Mehta, M., Simonsick, M., Harris, B., Newman, B., Satterfield, S., Rubin, M. (2006). Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. 54, 770–776. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00691.x.

The Center For Literacy (2013). *Literacy for the 21st century: A guiding definition*. Retirado de [www.centreforliteracy.qc.ca](http://www.centreforliteracy.qc.ca).

UNESCO (2005). The Plurality of literacy and its implications for policies and programmes. Paris: UNESCO.

UNESP (2015). Tipos de revisão de literatura. Retirado de: <http://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-revisao-de-literatura.pdf>.

Weiss, B. D. (2007). *Health literacy and patient safety: Help patients understand. Manual for Clinicians*. Chicago: American Medical Association .

World Health Organization (1998). Health promotion glossary. Genebra: WHO. Retirado de <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>.

WHO (2013). *Health literacy. The Solid Facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO (2009). *World Health Statistics*. Genebra: WHO.

WHO (2005). Prevenção de Doenças Crônicas um investimento vital. doi:10.1016/j.snb.2003.08.027.

WHO (2013). Health 2020, A European policy framework and strategy for the 21st century. WHO Regional Office for Europe. <http://www.who.int/iris/handle/10665/131303>.



## **A Literacia em saúde Funcional, comunicacional e crítica na população idosa portuguesa**

### **Resumo**

A literacia em saúde dá ao sujeito ferramentas para que o mesmo tenha um papel ativo na sociedade, na tomada de decisão em questões relacionadas com a sua saúde e com os diferentes agentes dos serviços de saúde, com o intuito de estabilizar e promover a sua saúde. O presente estudo tem como objetivo principal descrever os níveis de literacia em saúde funcional, comunicacional e crítico, na população idosa portuguesa, levando em consideração algumas características sociodemográficas e clínicas dos idosos. Para atingir este objetivo, foram estudados um total de 90 idosos portugueses com idades compreendidas entre os 65 anos aos 90 anos ( $M=74,27$ ;  $DP=6,99$ ), que vivem no norte e nordeste de Portugal, sendo 58,8% do sexo feminino. A grande maioria dos idosos do estudo tem um grau de escolaridade ao nível do ensino básico (55,6%) e uma pequena parcela ao nível do ensino superior (10%). Mais de 95% da amostra refere ter algum diagnóstico de doença em média há 11 anos. Os idosos responderam a um questionário sociodemográfico e clínico, seguido, pelas Escalas Breves de Literacia em Saúde (ELS). Os resultados apresentados, indicam que a amostra situa-se num nível mediano de literacia em saúde (55%). Além disso, os resultados mostram uma relação entre algumas variáveis sociodemográficas e clínicas com o nível de literacia em saúde e seus domínios. Por exemplo, com a variável escolaridade, o que sugere que quanto mais alto é o grau de escolaridade mais alto é o nível de literacia em saúde.

**Palavras-chaves:** Literacia, Saúde, Idosos, Portugal

### **Abstract**

Health literacy gives the subject the tools to take an active role in society, in decision-making in matters related to his health and with the different agents of the health services, with the purpose of stabilizing and promoting his health. The present study has as main objective to describe the levels of literacy in functional, communicational and critical health in the Portuguese elderly population, taking into account some sociodemographic and clinical characteristics of the elderly. To reach this goal, a total of 90 Portuguese elderly people aged 65 years to 90 years ( $M = 74.27$ ;  $SD = 6.99$ ), who live in the north and northeast of Portugal, were studied, being 58.8 % female. The vast majority of the elderly in the study have a level of education at the level of basic (55.6%) and a small

portion at the level of higher education (10%). More than 95% of the sample reported having had a diagnosis of disease on average for 11 years. The elderly responded to a sociodemographic and clinical questionnaire, followed by the Health Literacy Scale (ELS). The results indicate that the sample is at a median level of health literacy (55%). In addition, the results show a relationship between some sociodemographic and clinical variables with the level of health literacy and its domains. For example, with the variable education, which suggests that the higher the level of education, the higher the level of health literacy.

**Key-words:** literacy, health, Seniors, Portugal

A literacia em saúde, numa perspetiva socioeconómica de saúde, em geral, está associada com o aumento dos custos de saúde, pelo mau uso dos serviços, fraco controlo dos processos em torno da saúde e doença, também como a má utilização dos fármacos (WHO, 2013). Portanto, verifica-se a importância do tema e também o aumento das políticas em prol do desenvolvimento da literacia em saúde, no âmbito nacional com o Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados e, europeu com a Agência Europeia para a Saúde. Essas ações são justificadas dada a importância do tema na democratização do acesso a saúde e, igualmente, para frequentar e usufruir adequadamente dos serviços de saúde disponíveis (Nutbeam, 2000; OPP, 2015; Quaqllo, et al. 2017; Serrão, 2014).

Segundo a World Health Organization (WHO), a literacia é vista como um conjunto de competências cognitivas (pensamento crítico) e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder (procurar ajuda profissional), compreender (orientações profissionais) e usar informação, de forma a promover e manter um bom estado de saúde (tomar decisões); Essas capacidades individuais passam por: (1) conhecimento cultural; (2) capacidade de ouvir e falar; (3) escrever e ler; e a (4) numeracia. Sendo que para atingir o estado de saúde desejável, o mesmo deve desenvolver tais capacidades e adquirir conhecimentos, competências pessoais e confiança para agir de forma saudável, através de mudanças de estilo de vida (Nutbeam, 2007; Speros, 2005; WHO, 2004).

Sendo assim, a literacia é mais do que ser capaz de ler panfletos e marcar consultas no centro de saúde. Prover um melhor acesso à informação de saúde, com objetivo de

aumentar a capacidade da população de usar a informação de forma eficiente, é imprescindível para conseguir o chamado “*empowerment*”, que inclui a competência e motivação para usar as informações fornecidas e os serviços tendo em mente melhorar a saúde pessoal, em parceria com os profissionais de saúde (Nutbeam, 2000; OPP, 2015; Speros, 2005).

O nível de literacia em saúde afeta diretamente a saúde dos indivíduos. Os estudos revelam que um baixo nível de literacia em saúde relaciona-se com as dificuldades dos utentes em compreender informações de saúde e seguirem instruções médicas, revelando um fraco conhecimento do seu estado de saúde (Baker, et al. 2007; Cavaco, & Várzea, 2010; Osborn, et al. 2011; Sorensen, et al. 2013); está relacionada com maior risco de hospitalizações e utilização dos serviços de saúde (Berkman, 2011; Espanha, et al. 2016; MacLeod, 2017); com aumento dos custos médicos (Hauser, et al. 2005; Loureiro, 2015); uma menor utilização de serviços preventivos e consultas de rotina (Baker, et al. 2007; Pedro, et al. 2016); mais comportamentos de risco, acidentes laborais e doenças crónicas (Baker, 2000; Pilgrim, 2013; WHO, 2013); e, consequentemente, maior mortalidade (Baker, et al. 2007).

O baixo nível de literacia em saúde pode influenciar a comunicação entre o utente e o técnico de saúde, tanto pela dificuldade do utente em explicar ou entender a informação, como pela dificuldade por parte dos profissionais de saúde em reconhecer o baixo nível de literacia em saúde nos utentes, não ajustando a sua linguagem ao nível de literacia de quem está presente; o que pode causar um sentimento de vergonha por parte do utente, fazendo com que o mesmo não revele toda a informação pertinente ao profissional e se o mesmo compreende ou não a informação que foi passada (Nielsen-Bohlman, et al. 2004; Seligman, et al. 2005; Speros, 2005).

Portanto, a literacia em saúde em um nível inadequado torna-se um entrave na receção de cuidados de saúde, o que, de acordo com a literatura, faz com que a literacia em saúde esteja relacionada com baixos níveis de saúde e menor qualidade de vida (Espanha, et al. 2016; Kutner, et al. 2006; Osborn, et al. 2011; Speros, 2005).

Em alternativa, um nível adequado de literacia em saúde está associado com benefícios individuais e sociais. Individualmente, faz com que o sujeito aumente a probabilidade de ter um estilo de vida saudável, tendo uma participação ativa, utilizando

os serviços de saúde de forma adequada. Esse comportamento adequado influencia o ambiente circundante contribuindo para o desenvolvimento do capital social, assim como nos métodos de comunicação entre profissionais e utentes, reduzindo as disparidades no acesso aos cuidados de saúde e por fim, aumentando a qualidade de vida dos sujeitos (Baker, et al. 2007; Nutbeam, 2000; OPP, 2015; Speros, 2005, WHO, 2013).

Os estudos conduzidos em Portugal para avaliar a realidade da literacia em saúde na população em geral, mostram que o nível de literacia em saúde se encontra num nível “problemático” ou “ inadequado” (Espanha, et al. 2016; Saboga-Nunes, Sorensen, & Pelikan. 2014). Essa situação agrava-se ainda mais na faixa-etária dos maiores de 65 anos de idade (Espanha, & Ávila, 2016).

No Inquérito Europeu à Literacia em Saúde (HLS-EU-PT), Portugal obteve dos índices de literacia em saúde mais baixos no estudo, em comparação com os restantes 8 países. Sendo que, 50% dos inquiridos revelaram um nível “inadequado” ou “problemático”, e dentre os restantes 50%, apenas 8,6% obtiveram um nível “excelente” em literacia em saúde, sendo este o nível mais baixo dentre os países participantes (Espanha, et al. 2016; Serrão, et al. 2015; Veiga, & Serrão, 2016).

Estudos desenvolvidos em Portugal constataram uma associação entre o nível de literacia em saúde e algumas características sociodemográficas. As evidências mostram uma prevalência dos baixos níveis de literacia em saúde na população idosa (Baker, 2007; MacLeod, 2017; Paiva, et al. 2017; Weiss, 2007), em indivíduos com baixa escolaridade (Chesser, 2016; Cavaco & Silva, 2012; WHO, 2009), portadores de doença crónica (Baker, 2000; WHO, 2013), com fraca adesão aos tratamentos, mas com taxas mais elevadas de hospitalizações e utilização dos serviços de urgência (Berkman, 2011; MacLeod, 2017; Sudore, 2006; WHO, 2013;), com pior estado de saúde e menor qualidade de vida (Espanha & Ávila, 2016; Kutner, et al. 2006; Nielsen-Bohlman, 2004; WHO, 2013), e menor capacidade para serem ativos para tomar decisões de saúde adequadas (Kobayashi, et al. 2016; Paiva, et al. 2017). Relativamente aos custos de saúde, estes são maiores nesta população (Loureiro, 2015; Hauser, et al. 2005) e evidencia-se, também, uma maior mortalidade entre os mesmos quando são idosos (Baker, 2007). No que se refere ao sexo os estudos não são conclusivos, já que, em alguns casos os homens possuem uma maior média e, noutros, as mulheres (Baker, 2000; Paiva, et al. 2017). É importante referenciar que há uma associação entre a literacia em saúde e os migrantes,

como minoria, possuindo estes, níveis mais baixos de literacia em saúde (Roberts, et al. 2015; Weiss, 2007).

O estudo desenvolvido por Espanha, et al. (2016) revela que é na população idosa que se verificam os níveis mais baixos em literacia em saúde, constatando que nas idades compreendidas entre os 66-75 anos a percentagem está em 65,5% e entre os 76 ou mais anos, situa-se nos 81,7%. No mesmo sentido, Veiga e Serrão (2016), constataram que 80% da amostra por eles estudada apresenta um nível baixo em literacia em saúde. Existindo uma capacidade deficitária em interpretar e usar a informação relacionada com a saúde de forma eficaz (Chesser, et al. 2016; Serrão, 2014).

Fica claro que promover a literacia em saúde na população é um objetivo crucial para melhorar os resultados em saúde, tendo os participantes uma participação mais ativa na tomada de decisão, amparada com a opinião profissional, o que resulta numa melhor condição de saúde e por fim, numa melhor gestão dos gastos com a saúde, principalmente nos grupos de risco, dentre os quais, os idosos (Baker, et al. 2000; Kickbusch, 2001; Nutbeam, 2006; Serrão, 2014).

Apesar da crescente preocupação com o desenvolvimento da literacia em saúde, tanto no contexto europeu como nacional, com as políticas mencionados anteriormente, ainda é importante ter uma maior preocupação com este tema, e para que tal aconteça, além das políticas empregues no sentido do seu desenvolvimento, é preciso um maior número de investigações que estudem este fenómeno da literacia em saúde na população idosa portuguesa, dado ao reduzido número do mesmo em Portugal (Serrão, 2014).

Sendo uma população de risco, os idosos deveriam gozar de um maior cuidado em políticas nos serviços de saúde e de uma maior proteção da literacia em saúde em forma de conhecimento, para a mudança da realidade que se verifica na população idosa portuguesa (Baker, et al. 2007; Serrão, 2014).

Neste sentido, o presente estudo de carácter descritivo, exploratório transversal, visa conhecer os níveis de literacia em saúde na população idosa portuguesa (funcional, comunicacional e crítica), segundo as características sociodemográficas dos participantes.

Especificamente, o objetivo passa por verificar se há associação entre o nível de literacia em saúde e algumas características sociodemográficas, como: **(1)** verificar se

existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do sexo masculino e feminino relativamente à literacia em saúde; (2) analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre a idade dos participantes e o nível de literacia em saúde; (3) analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com diferentes níveis de escolaridade quanto à literacia em saúde; (4) verificar se o número de internamentos no último ano está relacionado com o nível de literacia em saúde apresentado. E, por fim, (5) analisar se existe uma associação estatisticamente significativa entre a perceção do estado de saúde em geral e o nível de literacia em saúde dos indivíduos.

## **Método**

### **Participantes**

A amostra é composta por um total de 90 participantes portugueses, com idades compreendidas entre os 65 anos aos 90 anos de idade ( $M=74,27$ ;  $DP=6,99$ ;  $Med=73,00$ ), dos quais 58,89% são do sexo feminino e 41,11% do sexo masculino. O nível de escolaridade dos participantes está situado, na maioria dos casos, no ensino básico (55,6%), (cf. quadro 3). Os mesmos foram selecionados por um método não-probabilístico de amostragem. A recolha de dados deu-se preferencialmente nas instituições, como Lares ou Centro Dia, do norte e nordeste de Portugal.

Dos participantes, 95,6% refere que vai acompanhado as consultas médicas ou de enfermagem, quanto por quem, as respostas são: “Enfermeiro/Auxiliar do lar” (41,2%), “Esposa/Esposo” (21,1%), “Filhos” (25,6%) e, por último, “outro/familiar” (7,7%). O motivo que mais vezes é referido está relacionado com o apoio social instrumental, no apoio a “locomoção e deslocação ao local” (76,9%), já o apoio emocional, como “Segurança/vergonha”, recebe uma menor parcela (9,9%), além disso, há uma pequena porção que refere ainda a necessidade de ajuda nas questões relacionadas com a literacia em saúde “ajuda na comunicação com o médico” (7,7%), e por fim, um outro participante não refere motivo específico para ir acompanhado as consultas (1,1%).

**Tabela 1.** *Escolaridade dos participantes*

	N	%
1º Ciclo do Ensino Básico (1ª à 4ª classe)	50	55,6
2º Ciclo do Ensino Básico (5º e 6º ano)	14	15,6
3º Ciclo do Ensino Básico (do 7º ao 9º ano)	5	5,6
Ensino Secundário (do 10º ao 12º ano)	12	13,3
1º Ciclo do Ensino Superior / Licenciatura	8	8,9
2º Ciclo do Ensino Superior / Mestrado	1	1,1
Total	90	100,0

Dos participantes, 95,6% referem ter algum diagnóstico de doença, no mínimo há cerca de 1 ano e no máximo à cerca de 65 anos ( $M=11,6$ ;  $DP= 12,6$ ). Destes, 78,1% dos idosos da amostra referem mais do que um diagnóstico de doença. As doenças mais presentes nos diagnósticos de doença dos idosos do estudo são o colesterol alto, diabetes, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial e osteoporose.

Aproximadamente metade dos participantes esteve internado no último ano (48,7%), destes, a maioria esteve internado apenas uma vez (69%).

Por fim, os idosos indicam que consideram a sua saúde como sendo “razoável” ( $M=3,72$ ;  $DP=0.93$ ;  $M=1$ ;  $Máx=5$ ).

## Material

Os participantes responderam aos seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico e Clínico (Anexo A) e às Escalas Breves de Literacia em Saúde (ELS) (Silva, & Jólluskin, em estudo) (Anexo B).

### • Questionário Sociodemográfico e Clínico:

O questionário sociodemográfico e clínico utilizado foi desenvolvido especificamente para o presente estudo e teve como objetivo recolher dados sociodemográficos e clínicos dos participantes, nomeadamente: sexo; idade; escolaridade; se vai acompanhado(a) habitualmente a consultas médicas ou de enfermagem, quem o(a) acompanha e porquê; se tem alguma doença e se sim, qual e há

quanto tempo; se esteve internado(a) no último ano e se sim, quantas vezes. Este questionário inclui, ainda, um item de percepção de saúde que pertence ao questionário MOS SF-36 (*Short Form Health Survey 36*), a cotação deste item é invertida, ou seja, quanto maior for a pontuação, menor é o grau de percepção de saúde.

- **Escalas Breves de Literacia em Saúde:**

O instrumento é constituído por 3 escalas breves de literacia em saúde, com um total de 51 itens: **(1)** Funcional ou Básica (10 itens), **(2)** Comunicacional (22 itens) e **(3)** Crítica (19 itens). Sendo, a **(1)** Literacia Funcional ou Básica = como aceder a informações de saúde; **(2)** Literacia Comunicacional = capacidade de compreender e comunicar as mesmas informações e a **(3)** Literacia Crítica = capacidade de manipular e usar de forma crítica a informação sobre saúde.

Cada item, dos 51, são classificados pelos sujeitos em cinco níveis de resposta, apresentado na tabela 2, tanto pela sua facilidade/dificuldade ou, quanto a sua concordância/discordância segundo o tema do item. O cálculo de cada escala e pontuação total é feito através do somatório dos valores obtidos em cada item e depois, após o somatório, é convertido em percentagem.

**Tabela 1.** *Opções de resposta*

Opções de resposta	<u>Escala de Likert:</u>
	<p><u>Escala de facilidade/dificuldade:</u> “<i>muito difícil; difícil; nem difícil, nem fácil; fácil; muito fácil; não se aplica a mim</i>”.</p> <p><u>Escala de concordância/discordância:</u> “<i>sempre; muitas vezes; algumas vezes; raramente; nunca</i>”.</p>

O valor de cada subescala e escala total possui uma amplitude que varia entre 0 (valor mínimo) a 5 (valor máximo). Sendo que, quanto maior o valor, maior é o nível de literacia em saúde do sujeito. Considerou-se que todos os resultados abaixo de 50% seriam reveladores de uma literacia em saúde insuficiente/fraco e acima, como suficiente/razoável.



A determinação da fidelidade foi verificada utilizando o método de consistência interna. O Alfa de Cronbach deve ser superior a 0,70 sugerido por Pestana & Gageiro (2008), que nos indicam fidelidade, correlação e homogeneidade dos itens, o que nos permite um grau de confiança e exatidão dos mesmos valores ao longo do tempo. A consistência das dimensões em estudo (cf. Tabela 3), nomeadamente, da Literacia em Saúde é muito boa ( $\alpha=0.966$ ); da Literacia Básica/Funcional é boa ( $\alpha=0.833$ ); da Literacia Comunicacional é muito boa ( $\alpha=0.935$ ); e da Literacia Crítica é muito boa ( $\alpha=0.932$ ). A consistência interna de cada uma das subdimensões revelou-se boa ( $\alpha>0.800$ );

**Tabela 3.** *Consistência das dimensões em estudo*

	Nr. Itens	Alpha de Cronbach
<b>Literacia em Saúde</b>	51	0,966
<b>Literacia Básica/Funcional</b>	10	0,833
<b>Literacia Comunicacional</b>	22	0,935
<b>Literacia Crítica</b>	19	0,932

## Procedimento

O presente estudo está integrado em um projeto mais amplo, coordenado pela Dr.<sup>a</sup> Isabel Silva e Dr.<sup>a</sup> Glória Jólluskin. Já haviam sido construídos os instrumentos de avaliação e solicitado o parecer da comissão de ética da UFP, que foi favorável ao desenvolvimento do mesmo.

Os participantes foram selecionados segundo as seguintes condições de seleção: **(a)** terem 65 ou mais anos de idade; **(b)** não apresentarem perturbações do estado de consciência; e **(c)** serem capazes de dar o seu consentimento informado de forma livre.

As autorizações por parte das instituições para recolha de dados, não foram feitas através de algum documento oficial ou email por escrito, mas sim, por contacto direto e pessoal nestes locais. Foi exposto, num primeiro contato, o protocolo e os objetivos da investigação para apreciação da instituição e depois a recolha de dados, mediante o parecer positivo.

Os questionários foram administrados, na maioria das vezes, por via eletrónica e quando necessário, via papel-lápis para que fosse possível aplicá-los quando as capacidades físicas impediam a normal utilização do instrumento por sujeitos com mais

idade. Os participantes foram informados que eram livres de aceitar ou recusar participar do estudo, sem que tal decisão resultasse em quaisquer consequências.

Igualmente, foram informados que eram livres para decidir desistir a qualquer momento do estudo, mesmo depois de o ter iniciado e que em nenhum momento iriam ser recolhidas informações que os identificassem. O objetivo do estudo foi explicado, juntamente com a opção de entrarem em contacto com o investigador para esclarecimento de dúvidas ou mais informações sobre o mesmo. Por via eletrónica, a autorização deu-se através da caixa de diálogo destinada a tal objetivo, localizada logo no início do estudo e pela via papel-lápis, através da caixa destinada a esse fim (“Aceito participar no presente estudo”). Se, e apenas se, o sujeito desse seu consentimento favorável, o questionário iniciava-se, salvo todas as questões éticas aí implicadas.

A divulgação do questionário online foi feita através das redes sociais e *mailing lists* das instituições previamente escolhidas. Já a recolha dos dados decorreu entre os meses de Agosto e Novembro de 2018. Os dados foram codificados numa base de dados Excel e, depois, transferidos para o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), para uma análise aprofundada dos resultados recolhidos.

A confidencialidade foi assegurada segundo os princípios éticos da investigação, onde nenhum dado recolhido identifica o participante. Mais, apenas o investigador teve acesso aos questionários respondidos e a base de dados construída.

## **Resultados**

Os resultados serão apresentados, primeiramente, pelo objetivo geral do estudo, seguidamente, dos objetivos específicos, enumerados anteriormente.

Para a apresentação dos dados recorreu-se ao uso de tabelas com os dados estatísticos antecédidos de análise.

A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva e inferencial, utilizando-se o *software* SPSS-24.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

Tendo em consideração o cumprimento dos critérios necessários para a realização de testes de hipóteses paramétricos, conclui-se que a amostra segue uma distribuição normal nas variáveis em estudo. Desta forma, foram utilizados testes paramétricos.

Para correlacionar a idade, o nº de internamentos e o grau de perceção da saúde em geral foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson*, que mede a intensidade e a direção da associação de tipo linear entre duas variáveis quantitativas (Maroco, 2014). Para verificar as diferenças nos grupos de escolaridade foi utilizado a variância unidirecional, ANOVA.

Para comparar as variáveis em estudo em função dos dois grupos foi aplicado o teste *T Student* que é um teste paramétrico que no caso de uma amostra, testa se uma média populacional é ou não igual a um determinado valor a partir da estimativa obtida de uma amostra aleatória, ou serve também para testar se as médias de duas populações são ou não significativamente diferentes.

#### **Objetivo geral:**

1. Descrever os níveis de literacia em saúde (literacia funcional, comunicacional e crítica), numa amostra da população idosa portuguesa, tendo em consideração as características sociodemográficas e clínicas dos participantes.

No que se refere à distribuição dos níveis de Literacia em Saúde e das suas subdimensões (Tabela 4) a amostra situa-se num grau intermédio de Literacia em Saúde (M=3,01; DP=0,60). Quando verificado qual subescala obteve melhores resultados, a literacia comunicacional, foi a que se destacou (M=3,05; DP=0,64), seguida pela literacia Crítica (M=2,98; DP=0,67) e, por último, pela literacia básica (M=2,97; DP=0,62).

**Tabela 4.** *Nível de Literacia em Saúde*

	Média	DP	Min	Máx
<b>Literacia em Saúde</b>	3,01	0,60	2	5
<b>Literacia Básica/Funcional</b>	2,97	0,62	2	5
<b>Literacia Comunicacional</b>	3,05	0,64	2	5
<b>Literacia Crítica</b>	2,98	0,67	2	5

(1=Muito difícil | 2= Difícil | 3=Nem fácil, nem difícil | 4=Fácil | 5=Muito fácil)

**Tabela 5.** Dimensões da Literacia em Saúde e itens exemplo com, respectivas, médias e desvio padrão.

Dimensões da literacia por exemplos de itens		
Literacia Básica	Literacia Comunicacional	Literacia Crítica
Vacinas e rastreios que devo fazer ( $M=3,55$ ; $DP=4,00$ )	O que o médico ou enfermeiro diz ( $M=3,23$ ; $DP=3,00$ )	Saber o que fazer numa situação de emergência ( $M=3,04$ ; $DP=3,00$ )
Sintomas e doenças que me preocupam ( $M=2,67$ ; $DP=2,00$ )	As informações da toma de medicamentos ( $M=3,00$ ; $DP=3,00$ )	Confirmar se uma informação de saúde é verdadeira ou não ( $M=2,60$ ; $DP=3,00$ )
Tratamentos de doenças que me preocupam ( $M=2,66$ ; $DP=2,00$ )	Se devo agendar uma próxima consulta com o médico ou enfermeiro ( $M=3,59$ ; $DP=4,00$ )	Identificar a melhor informação que se aplica ao meu caso ( $M=2,63$ ; $DP=2,00$ )
Como lidar com comportamentos pouco saudáveis ( $M=3,13$ ; $DP=3,00$ )	Consequências de não seguir o tratamento proposto pelo médico ( $M=2,91$ ; $DP=3,00$ )	Saber o que fazer para marcar uma consulta no Centro de Saúde ( $M=3,78$ ; $DP=4,00$ )
Como lidar com problemas de saúde mental ( $M=2,83$ ; $DP=3,00$ )	Informação que é dada em números ou estatísticas ( $M=1,82$ ; $DP=2,00$ )	Procurar uma segunda opinião médica ( $M=2,94$ ; $DP=3,00$ )
Atividades saudáveis como atividades físicas ou alimentação saudável ( $M=3,27$ ; $DP=3,00$ )	Termos médicos que são usados em mensagens ou consultas ( $M=2,00$ ; $DP=2,00$ )	Calcular as doses de medicamentos ( $M=2,22$ ; $DP=2,00$ )
Onde posso encontrar ajuda profissional quando me sinto doente ( $M=3,66$ ; $DP=4,00$ )	Informar como me sinto ( $M=3,54$ ; $DP=4,00$ )	Ter acesso ao processo clínico ( $M=2,51$ ; $DP=2,00$ )
As mudanças políticas que podem afetar minha saúde ( $M=2,44$ ; $DP=2,00$ )	Os efeitos desagradáveis que os medicamentos provocam ( $M=3,03$ ; $DP=3,00$ )	Avaliar de que forma que a opinião do médico se aplica a si ( $M=2,61$ ; $DP=3,00$ )
		Sinto-me confiante para usar a informação de saúde ( $M=3,16$ ; $DP=3,00$ )

### Objetivos específicos:

1. Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do sexo masculino e feminino relativamente à literacia em saúde;

Após a comparação das dimensões em estudo em função do sexo (cf.Tabela 6) não se verificam diferenças estatisticamente significativas para a literacia em saúde em geral, literacia funcional, comunicacional e crítica.

**Tabela 6.** *Comparação das dimensões do estudo em função ao sexo*

	Masculino		Feminino		<i>t</i>	<i>p</i>
	Média	Dp	Média	Dp		
<b>Literacia em Saúde</b>	2,99	0,60	3,02	0,61	-0,16	0,87
<b>Literacia Básica</b>	2,98	0,67	2,97	0,59	0,09	0,92
<b>Literacia Comunicacional</b>	3,01	0,62	3,07	0,66	-0,41	0,67
<b>Literacia Crítica</b>	2,98	0,65	2,98	0,68	0,02	0,98

(1=Muito difícil | 2= Difícil | 3=Nem fácil, nem difícil | 4=Fácil | 5=Muito fácil)

2. Analisar se existe uma relação estatisticamente significativa entre a idade dos participantes e o nível de literacia em saúde;

Quanto à correlação das dimensões em estudo e a idade, não se verificam correlações estatisticamente significativas ao nível da literacia em saúde geral e das suas subdimensões, como podemos verificar na Tabela 7.

**Tabela 7.** *Correlação das dimensões do estudo e a idade*

	Idade	
	<i>r</i>	<i>p</i>
<b>Literacia em Saúde</b>	0,001	0,993
<b>Literacia Básica</b>	-0,028	0,790
<b>Literacia Comunicacional</b>	-0,002	0,986
<b>Literacia Crítica</b>	0,018	0,864

3. Analisar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com diferentes níveis de escolaridade quanto à literacia em saúde;

Quanto às dimensões em estudo e a escolaridade, verificou-se, como apresenta a Tabela 7, que os idosos com o grau de escolaridade, referente ao Ensino Secundário, são aqueles que apresentam níveis mais baixos de literacia em saúde em todas as dimensões analisadas: Literacia em saúde geral ( $M= 2,77$ ;  $DP= 0,47$ ), Literacia em saúde funcional ( $M=2,75$ ;  $DP=0,58$ ), Literacia em saúde comunicacional ( $M=2,84$ ;  $DP=0,43$ ) e Literacia crítica ( $M=2,71$ ;  $DP= 0,52$ ).

Os resultados indicam, que apesar dos resultados dos idosos com frequência ao Ensino Básico, que quanto maior é o grau de escolaridade do sujeito, maior é o seu nível de literacia em saúde, como podemos observar na Tabela 8.

**Tabela 8.** *Dimensões em estudo e a escolaridade*

Grau de escolaridade e resultados								
Níveis de escolaridade					Literacia Geral	Literacia Funcional	Literacia Comunicacional	Literacia Crítica
1º Ciclo do Ensino Básico	$M$	$DP$			2,94	2,93	2,97	2,90
					0,51	0,55	0,60	0,57
2º Ciclo do Ensino Básico	$M$	$DP$			2,97	2,90	3,02	2,95
					0,58	0,60	0,57	0,65
3º Ciclo do Ensino Básico	$M$	$DP$			3,09	2,94	3,20	3,05
					0,70	0,55	0,76	0,80
Ensino Secundário	$M$	$DP$			2,77	2,75	2,84	2,71
					0,47	0,58	0,43	0,52
1º Ciclo do Ensino Superior	$M$	$DP$			3,59	3,56	3,58	3,61
					0,85	0,86	0,84	0,89
2º Ciclo do Ensino Superior	$M$	$DP$			4,26	3,80	4,19	4,57
					...	....	....	....
Total	$M$	$DP$			3,00	2,97	3,04	2,97
					0,60	0,62	0,63	0,66

Com objetivo de esclarecer as diferenças dos resultados entre os indivíduos que frequentaram apenas o Ensino Básico e os demais graus de escolaridade, recorreu-se a outra análise Unidirecional. E os resultados indicam, como podemos ver na Tabela 9, que os indivíduos com maior grau de escolaridade, têm melhores resultados em todas as dimensões de Literacia em saúde.

**Tabela 9.** Resultados entre participantes com graus de escolaridade diferentes ( 4º ano e >4º ano)

Grau de escolaridade e resultados					
Grau de escolaridade		Literacia Geral	Literacia Funcional	Literacia Comunicacional	Literacia Crítica
4º Ano	<i>M</i>	2,94	2,93	2,97	2,90
	<i>DP</i>	0,51	0,55	0,60	0,57
>4º Ano	<i>M</i>	3,08	3,02	3,13	3,06
	<i>DP</i>	0,69	0,70	0,67	0,76

4. Verificar se o número de internamentos no último ano está relacionado com o nível de literacia em saúde apresentado;

Quanto à correlação das dimensões em estudo e o nº de internamentos dos idosos (cf.Tabela 10) existem correlações negativas fracas ,estatisticamente significativas com a Literacia em Saúde ( $r=-0,214^*$ ); com a Literacia Comunicacional ( $r=-0,216^*$ ); com a Literacia Crítica ( $r=-0,222^*$ ). Mostrando que quanto maior for a literacia em saúde, menor será o número de internamentos.

**Tabela 10.** Correlação das dimensões em estudo e o N° de internamentos

	Nr. Internamentos	
	<i>r</i>	<i>p</i>
<b>Literacia em Saúde</b>	$-0,214^*$	0,43
<b>Literacia Básica</b>	$-0,117$	0,27
<b>Literacia Comunicacional</b>	$-0,216^*$	0,04
<b>Literacia Crítica</b>	$-0,222^*$	0,03

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

5. Analisar se existe uma associação estatisticamente significativa entre a percepção do estado de saúde em geral e o nível de literacia em saúde dos indivíduos;

O grau de percepção da saúde em geral (cf. Tabela 11) apresenta correlações negativas moderadas, estatisticamente significativas com a Literacia em Saúde com todas as subdimensões em estudo. Sugerindo, que quanto maior for a literacia em saúde, melhor é a percepção geral de saúde dos participantes.

**Tabela 11.** *Correlação das dimensões em estudo e o grau de percepção da saúde em geral*

	Grau de percepção da saúde em geral	
	<i>r</i>	<i>p</i>
<b>Literacia em Saúde</b>	-,419**	0,01
<b>Literacia Básica</b>	-,404**	0,01
<b>Literacia Comunicacional</b>	-,408**	0,01
<b>Literacia Crítica</b>	-,365**	0,01

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

\*\*. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

## Discussão

Na discussão dos resultados serão abordados em forma de reflexão alguns temas abordados na investigação, como os resultados obtidos, método utilizado e natureza do estudo. Ao fim, serão apresentados sugestões para as próximas investigações relacionadas com o tema e as limitações do estudo em questão.

Relativamente aos dados sociodemográficos da amostra, podemos notar que a média de idade está nos 74 anos de idade ( $M = 74,27$  ;  $DP = 6,997$ ), e que mais de 50% da mesma tem um nível básico de escolaridade. A literatura mostra que essas variáveis sociodemográficas, idade e o nível de escolaridade, exercem impacto no nível de literacia dos sujeitos, sendo preditoras de baixos níveis de literacia em saúde (Baker, 2007; Espanha, & Àvila, 2016; Paiva, et al. 2017; Veiga, & Serrão, 2016).



Os resultados obtidos pela amostra estudada revelam que os idosos em questão estão num grau intermédio de Literacia em Saúde ( $M=3,01$ ;  $DP=0,60$ ). Quando olhamos para as subdimensões, os idosos, continuam a situar-se na média, sendo que, os melhores resultados verificam-se na literacia comunicacional ( $M=3,05$ ;  $DP=0,64$ ), seguido pela literacia crítica ( $M=2,98$ ;  $DP=2,98$ ) e, por último, pela literacia básica ( $M=2,97$ ;  $DP=0,62$ ).

Esses resultados mostram que os idosos participantes do estudo possuem maior capacidade para informar e perguntar (literacia comunicacional), mas uma menor capacidade para compreender (literacia comunicacional), saber e avaliar (literacia crítica), de forma crítica as informações no contexto da saúde. Mesmo que os resultados não se distanciem da média, de acordo com a literatura, essas características podem ser um entrave no acesso a novas informações e na tomada de decisão relativamente a sua saúde (Baker, 2007; Kobayashi, et al. 2016; Veiga, e Serrão, 2016).

Da comparação das dimensões em estudo em função do sexo, não se verificam diferenças estatisticamente significativas. Esse resultado vai de encontro a literatura analisada anteriormente, que mostra que os estudos não são conclusivos em relação ao sexo (Baker, 2000; Paiva, et al. 2017).

Quanto a correlação das dimensões em estudo e a idade não se verificam correlações estatisticamente significativas. Os resultados indicam também que os idosos a medida que os anos passam tendem a ter uma maior liberdade em fazer perguntas sobre a sua saúde (literacia comunicacional). Esses valores contradizem o que está na literatura, já que pela mesma, a medida que a idade avança o nível de literacia em saúde reduz (Baker, 2000; Chesser, et al. 2016; Espanha, et al. 2016). Uma possível explicação desses resultados pode estar relacionada com a idade que os mesmos possuem e o tempo de utilização dos serviços de saúde, já que, segundo a literatura os procedimentos dos serviços de saúde podem ser aprendidos com o tempo e isso pode ser corroborado pela dificuldade que os mesmos possuem em compreender as informações de saúde, mas com facilidade em comunicar (literatura). Outra explicação prende-se com a situação dos idosos estudados, sendo que, a maioria dos mesmos habitam em lares ou frequentam os centros de dia, que no caso, fazem diversas campanhas para desenvolver o conhecimento dos serviços de saúde, como cartazes e palestras, por parte dos profissionais de saúde que trabalham nestes locais. O tamanho da amostra, que no estudo é reduzida, juntamente

com a explicação dada anteriormente, podem influenciar os resultados a não mostrar a realidade da população idosa portuguesa em geral.

Quanto ao grau de escolaridade e o nível de Literacia em Saúde, os resultados sugerem, que apesar dos idosos com grau de escolaridade Ensino Secundário terem piores resultados, que indivíduos que têm um maior grau de escolaridade, tendem a ter um maior nível de Literacia em Saúde, mais facilidade em avaliar e ter um pensamento crítico na utilização das informações relacionadas com a saúde. Outro aspecto importante, é que os idosos com frequência no Ensino Superior, apresentam os melhores resultados, dentre os demais graus de escolaridade. Macleod, et al. (2017), mostra, com os resultados do seu estudo, que a população idosa que, por norma, tem baixos níveis de escolaridade, é aquela que tem piores níveis em literacia em saúde. A OMS (2009), complementa, em corroboração com o resultado do estudo, que os idosos possuem uma baixa capacidade crítica, sendo que tal, influencia o modo que os mesmos aplicam a informação de saúde no seu dia-a-dia.

Os resultados do estudo apresentam uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre as dimensões em estudo e o número de internamentos com a Literacia em Saúde, com a literacia comunicacional e com a literacia crítica, que sugere que indivíduos que têm um maior número de internamentos, tendem a ter um menor grau de literacia em saúde. Esses resultados são similares ao estudo de Sudore (2006), onde os idosos com menor nível de literacia evidenciavam taxas mais elevadas de hospitalizações e utilização dos serviços de saúde.

Por fim, o grau de percepção de saúde em geral apresenta correlações negativas estatisticamente significativas com a Literacia em Saúde e com todas as subdimensões em estudo, literacia básica, comunicacional e crítica. Mostrando que quanto maior for o grau de percepção de saúde em geral, maior é o nível de literacia em saúde.

Analisando alguns itens da ELS, fica claro que os idosos em estudo mostram grande dificuldade em conseguir obter informações referentes as políticas que podem afetar a saúde dos mesmos, em compreender a informação que é dada em números ou estatísticas e entender os termos médicos que são usados em mensagens de saúde ou em consultas. Esses resultados mostram, apesar de a amostra estar num nível mediano de literacia, que há dificuldades em aspectos importantes da literacia em saúde, onde os

idosos não têm acesso as leis que afetam a sua saúde, em compreender as informações que são dadas durante as consultas, o que pode afetar, por exemplo, a compreensão do diagnóstico e o tratamento proposto pelos profissionais de saúde e a compreensão dos resultados de exames médicos. Esses resultados são corroborados pela literatura (Berkman, 2011; Espanha & Àvila, 2016; Serrão, 2014).

O presente estudo teve, no seu decurso, algumas limitações que são consideráveis. O facto de a amostra ser tão reduzida em comparação com a população idosa existente em Portugal e de ser regional, afetam os resultados, que podem não ilustrar a realidade e as características desta população no país. Também, o facto de a ELS não possuir pontos de corte definidos. É importante que os próximos estudos tenham em conta uma amostra representativa da população idosa portuguesa, não se limite apenas a uma região e que estabeleça os pontos de corte, tornando mais objetivo os resultados de saúde e melhorando assim, a interpretação dos dados dos estudos.

Ao nível da recolha de dados, que foi feita através do *Google forms*, e com recurso ao suporte papel/lápis, é importante referir, que grande parte dos instrumentos foram recolhidos com apoio do investigador. Esse facto é importante, dado que, verificou-se, no decorrer da recolha, várias dúvidas, por parte dos idosos no preenchimento das respostas. Portanto, a utilização do suporte papel e administração presencial, apesar de ser morosa e demorada, é fundamental para que os resultados obtidos sejam elucidadores da realidade de cada idoso que compõe a amostra.

Por último, é de referir, que grande parte dos idosos que compõem a amostra, são idosos que estão em Lares, sendo importante que as futuras investigações, tenham em conta, que parte da população idosa que não está nestas instituições, mas na região interior, como aldeias e vilas de Portugal.

## Referências

- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Huang, J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine*, 167(14), 1503-1509. doi: 10.1001/archinte.167.14.1503.
- Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Sudano, J., & Patterson, M. (2000). The association between age and health literacy among elderly persons. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55, 368–374. 10.1093/geronb/55.6.S368.
- Berkman D, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. (2011) Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Ann Intern Med*. ;155:97–107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.
- Cavaco, & Santos, A. L. (2012). Avaliação da legibilidade de folhetos informativos e literacia em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 46(5), 918-922. doi:10.1590/S0034-89102012000500019.
- Chesser, A., Woods, N., Smothers, K., Rogers, N. (2016). Health literacy and older adults: A systematic review. *Gerontology & Geriatric Medicine*. 2, 1-13. doi: 10.1177/2333721416630492.
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. (2015). *Literacia em saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Hauser, R. M., Edley, C. F., Koenig, J. A., & Elliott, W. (2005). *Measuring literacy performance levels for adults*. Washington, DC: The National Academies Press. doi:10.17226/11267.
- Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. (2005). *Navigating health: The role of health literacy*. London: Alliance for Health and the Future. Internacional Longevity Centre-UK.
- Kobayashi, L. C., Wardle, J., Wolf, M. S., & Wagner, C. Von. (2016). New directions in aging and functional health literacy: A systematic review and meta-analysis, 71(3), 445–457. doi:10.1093/geronb/gbu161.
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., and Paulsen, C. (2006). *The health literacy of america's adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics. Disponível em: <https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf>.

- Loureiro, I. (2015). A literacia em saúde, as políticas e a participação do cidadão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33, 1. doi: 10.1016/j.rpsp.2015.05.001.
- Macleod, S., Musich, S., Gulyas, S., Cheng, Y., Tkatch, R., Cempellin, D., Yeh, C. S. (2017). The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization, and expenditures among older adults, 38, 334–341. Doi:10.1016/j.gerinurse.2016.12.003.
- Maroco, J. (2014). *Análise Estatística: Com o SPSS Statistics* (6ª ed.). Lisboa:ReportNumber. ISBN 978-989-96763-4-3
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & David, A. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Institute of Medicine. Washington, DC: *The National Academies Press*. doi:10.17226/10883.
- Nutbeam, D. (2006). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion Internacional*, 15, 259–268. doi: 10.1093/heapro/15.3.259.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015). *Literacia em saúde*. Lisboa: OPP
- Osborn, C. Y., & Bailey, S. C. (2011). NIH Public Access. *Literacy*, 35(1), 118–128.
- Paiva, D., Silva, S., Severo, M., Ferreira, P., Lunet, N., & Azevedo, A. (2017). Prevalência de Literacia em saúde inadequada em Portugal medida com o *Newest Vital*, 30, 861–869. doi:10.20344/amp.9135.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N., (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais: complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo
- Pilgrim, J., Haas, L., & Szabo, S. (2015). Defining Literacy in the 21st Century: A Guide to Terminology and Skills. *Texas Journal of Literacy Education*, 1, 60-69.
- Quaglio, G., Sørensen, K., Rübig, P., Bertinato, L., Brand, H., Karapiperis, T., Dario, C. (2017). Accelerating the health literacy agenda in Europe. 32, 1074–1080. doi:10.1093/heapro/daw028.

- Rita, A., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal, 4(3), 259–275. doi: 10.1016/j.rpsp.2016.07.002.
- Roberts, J. (2015). Improving health literacy to reduce health inequalities. *Public Health England*, 1-16. Retirado de [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/460709/4a\\_Health\\_Literacy-Full.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/460709/4a_Health_Literacy-Full.pdf).
- Veiga, S., & Serrão, C. (2016). Health literacy of a sample of portuguese elderly. *Applied research in health and social Sciences: Interface and Interaction*, 13, 14-26. doi: 10.1515/arhss-2016-0003.
- Saboga-Nunes, L., Sorensen, K., & Pelikan, M. (2014). Hermenêutica da literacia em saúde e a sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT). In VII Congresso português de Sociologia (Ed.), 40 anos de democracia(s): progressos, contradições e prospetivas (pp.2-15). Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia.
- Serrão, C. (2014b). Conceções, representações e práticas profissionais e institucionais no âmbito da literacia em saúde. In C. Serrão (Ed.), *Manual de boas práticas* (pp.33-55). Porto: Projeto Literacia em Saúde.
- Seligman, H. K., Wang, F. F., Palacios, J. L., Wilson, C. C., Daher, C., Piette, J. D., & Schillinger, D. (2005). Physician Notification of Their Diabetes Patients' Limited Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 20(11), 1001–1007. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00189.x>
- Serrão, C., Veiga, S., & Vieira, I. (2015). Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2, 33-38. doi:10.19131/jpmhn.0006.
- Sorensen, K., Broucke, S. Van Den, Fullam, J., Doyle, G., & Pelikan, J. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. doi:10.1186/1471-2458-12-80.

- Sudore, R. L., Mehta, M., Simonsick, M., Harris, B., Newman, B., Satterfield, S., Rubin, M. (2006). Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *54*, 770–776. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00691.x.
- Smith, B. E. N. J., Tang, K. C. H. O., & Nutbeam, D. (2006). *WHO Health Promotion Glossary: new terms*, 1–6. doi:10.1093/heapro/dal033.
- Speros, C. (2005). Health literacy: Concepts analisys. *Journal of Advanced Nursing*, *50*, 633-640. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03448.x.
- Weiss, B. D. (2007). *Health literacy and patient safety: Help patients understand. Manual for Clinicians*. Chicago: American Medical Association .
- WHO (2013). Health literacy. *The Solid Facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2005). Prevenção de Doenças Crônicas um investimento vital. doi:10.1016/j.snb.2003.08.027.
- WHO (2013). Health 2020, A European policy framework and strategy for the 21st century. WHO Regional Office for Europe. <http://www.who.int/iris/handle/10665/131303>.
- Wolf, M. S., Gazmararian, J. A., & Baker, D. W. (2005). Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of Internal Medicine*, *165*(17), 1946–1952. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.17.1946>

## **Conclusão**

Com os estudos analisados, através da revisão da literatura, verifica-se que, em Portugal, a população idosa tem baixos níveis de literacia em saúde. Sendo que, o sexo feminino possui índices mais baixos que o sexo masculino, que a medida que a idade avança o nível de literacia diminui, que o nível de escolaridade afeta o nível de literacia em saúde, assim como, o diagnóstico de doença e a percepção da qualidade de vida. Essa imagem faz urgir a importância de estudos e estratégias para mudar a realidade da população idosa portuguesa em relação a literacia em saúde.

Referente ao estudo empírico, verificou-se algumas diferenças nos resultados em comparação com a revisão da literatura. O nível mediano apresentado pela amostra do estudo empírico, difere dos da revisão da literatura, onde a população encontra-se num nível insuficiente na maioria destes. O mesmo acontece em relação a idade, que no presente estudo não mostrou diferenças estatisticamente significativas, diferente dos estudos da revisão da literatura que, mostra que, a medida que a idade avança, o nível de literacia tende a diminuir.

Outros resultados do estudo empírico foram de encontro aos da revisão da literatura, nomeadamente, quanto à correlação da literacia em saúde e a escolaridade, onde os idosos com um menor nível de escolaridade, foram os mesmos que apresentaram os piores resultados, relativamente, a literacia em saúde; quanto à correlação com o número de internamentos, sendo que, os idosos que revelaram terem sido internados, foram os mesmos que exibiram os piores resultados de literacia em saúde. Por fim, ambos estudos estão de acordo quanto a influencia que a percepção de saúde em geral exerce no nível de literacia em saúde dos idosos. Ficando claro que, quanto menor é o grau de percepção da saúde em geral, menor é o nível de literacia em saúde.

A revisão da literatura mostra que o estatuto social de uma pessoa influencia o seu nível de literacia em saúde. Contudo, o estudo empírico não contemplou esta variável, sendo importante, mencionar a importância desta mesmas para os futuros estudos deste tema na população idosa.

Referente aos resultados do estudo empírico, estes, como dito anteriormente, podem não revelar a verdadeira imagem da população idosa portuguesa e a sua realidade face a literacia em saúde, dado ao facto, de que, a amostra é composta, apenas, por 90 idosos da região norte e nordeste de Portugal. Portanto, os futuros estudos devem contemplar um maior número de participantes de todas as regiões do país.



Nos dois estudos, são apresentadas limitações, que por sua vez dificultam a interpretação dos dados. Um exemplo disso, é a falta de termos específicos para classificar as pontuações de corte dos instrumentos que medem o nível de literacia em saúde. Sendo que, as atuais classificações, podem ser, subjetivas quando analisadas. No mesmo sentido, a pontuação de corte deve ser explorada e explicada no texto, para a compreensão de como o ponto de corte foi estabelecido.

Os resultados obtidos pela população idosa da amostra, não pode passar a imagem que o trabalho com os idosos está terminado. Ao contrário, as estratégias e ações para promover um bom nível de literacia em saúde, nesta população, devem ser um esforço conjunto de toda a comunidade e em conjunto das políticas dos órgãos do estado para se atingirem novos e melhores patamares (Kickbusch, 2005; OPP, 2016; WHO, 2013).

As ações e estratégias para promover a literacia em saúde, devem passar pelo *empowering*, envolvendo a população idosa na tomada de decisão nos assuntos de saúde (OPP, 2016; Nutbeam 2006). Para que tal aconteça, é necessário diminuir a complexidade do sistema de cuidados de saúde e manter a informação focada e simples (Espanha, et al. 2015, OPP, 2016, Serrão, 2014). Além disso, é importante assegurar meios de comunicação da informação adaptados a essa população e que, mais do que manter a informação simples, assegurem tempo para que os idosos processem a informação, preferenciando uma comunicação face-a-face (Baker, 2007; OPP, 2016). Também, é importante tornar a informação pessoalmente relevante, para suscitar o interesse para adquirir novos conhecimentos, como também, realizar ações de follow-up (Hauser, et al. 2005; OPP, 2016; WHO, 2013). Estes aspectos, estão ligados também aos profissionais da área da saúde, portanto, é importante que os mesmos assegurem que essas estratégias possam ser implantadas nas suas rotinas de trabalho. Essa responsabilidade recai, pela importância que os mesmos têm como veículo de transmissão de informação para os idosos (Serrão, 2014).

Serrão, et al (2015), identifica esses profissionais, das áreas de saúde, como sendo um importante suporte para a população idosa, transmitindo as informações de saúde, de forma que, os idosos consigam compreendê-las para tomar decisões de forma amparada e correta. Além deste suporte, os mesmos são meios para transmitir motivação para que os comportamentos mudem e, assim, se verifiquem melhoras nos níveis de literacia em saúde na população idosa, desenvolvendo, também, competências para a gestão da própria saúde. Sendo assim, os idosos e os profissionais de saúde trabalham

juntos para conseguirem atingir os objetivos, dentre os quais, promover a saúde e, consequentemente, o nível de literacia em saúde.

Deste modo, as instituições e serviços de saúde, podem recorrer aos meios tradicionais de comunicação para desenvolver as aptidões dos idosos em relação a literacia em saúde. Esses meios, poderiam passar pelas palestras e formações, que em alguns casos já se fazem nos Lares e Centros Dia, como no caso de grande parte dos idosos que fizeram parte do estudo empírico, beneficiando os demais idosos que recorrem a essas instituições, como também toda a comunidade envolvente (Serrão, 2014).

Além da utilização dos meios tradicionais de comunicação, para a obtenção de informação de saúde e a utilização da mesma para promoção da saúde, é importante também, criar estratégias para que os idosos se familiarizem com as novas tecnologias, para estarem mais a par de informações que podem passar despercebidas pelos profissionais de saúde ou nos serviços de saúde, e que são mais permenorizadas nos sites destes serviços, que podem ser revistas, tantas vezes que se necessitar (Espanha, & Ávila, 2016).

Portanto, é importante utilizar essas estratégias que irão ser benéficas para os idosos portugueses, fazendo com que a realidade de níveis insuficientes e, até, suficientes de literacia em saúde, como é o caso deste estudo, caminhe para outros patamares mais elevados. Isto, irá trazer a sociedade portuguesa vários benefícios, começando por melhores estados de saúde e qualidade de vida.

Para finalizar, é importante referir um importante argumento, elucidado por Kickbusch (2001), que exemplifica a literacia em saúde como sendo um objetivo para qualquer sociedade, porquanto, que as disparidades neste tema podem afetar toda a sociedade com as consequências de um baixo nível de literacia em saúde.

## Referências

- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Huang, J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine*, 167(14), 1503-1509. doi: 10.1001/archinte.167.14.1503.
- Espanha, R., & Ávila, P. (2016). Health Literacy Survey Portugal: A contribution for the knowledge on health and communications. *Procedia - Procedia Computer Science*, 100, 1033–1041. doi: 10.1016/j.procs.2016.09.277.
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. (2015). *Literacia em saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Hauser, R. M., Edley, C. F., Koenig, J. A., & Elliott, W. (2005). *Measuring literacy performance levels for adults*. Washington, DC: The National Academies Press. doi:10.17226/11267.
- Kickbusch, I. (2001). Health literacy: Addressing the health and. *Health Promotion International*, 16, 289–297. doi:10.3912/OJIN.Vol14No03Man02.
- Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. (2005). *Navigating health: The role of health literacy*. London: Alliance for Health and the Future. Internacional Longevity Centre-UK.
- Nutbeam, D. (2006). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion Internacional*, 15, 259–268. doi: 10.1093/heapro/15.3.259.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015). *Literacia em saúde*. Lisboa: OPP
- Serrão, C. (2014b). Conceções, representações e práticas profissionais e institucionais no âmbito da literacia em saúde. In C. Serrão (Ed.), *Manual de boas práticas* (pp.33-55). Porto: Projeto Literacia em Saúde.
- Serrão, C., Veiga, S., & Vieira, I. (2015). Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2, 33-38. doi:10.19131/jpmhn.0006.

Who (2013). Health 2020, A european policy framework ans strategy for the 21 st century. WHO regional office for europe. [www.who.int/iris/handle/10665/131303](http://www.who.int/iris/handle/10665/131303)

## **Anexos**